FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

CHAUVIN Baptiste

NE LE 5 JUIN 1989 A BERNAY

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 JANVIER 2018

Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen : Cadre légal et pratique

PRESIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Pr Philippe NGUYEN-THANH

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**	Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas de le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Remerciements

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'immense honneur de présider ce jury de thèse, vous qui donnez tant de temps pour assurer une formation de qualité aux internes et tant d'énergie pour promouvoir la Médecine Générale.

Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères ainsi que mon plus grand respect

Au Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN-THANH,

Après avoir passé six fabuleux mois de stage au sein de votre cabinet, vous avez accepté de m'accompagner dans ce projet. Vos conseils et enseignements pour la relation médecin-patients, ainsi que les nombreuses discussions que nous avons eues ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Votre engagement dans ce projet a été pour moi un grand honneur.

Recevez ici le témoignage de ma plus grande gratitude et de mon plus grand respect.

Aux Membres du jury,

Madame le Professeur Isabelle AUQUIT-AUCKBUR,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury, nos échanges ont été constructifs et amicaux.

Pour l'intérêt que vous portez à ce sujet et à la pédagogie en général, veuillez recevoir mes vifs remerciements.

Monsieur le Docteur Mathieu SCHUERS,

Tu me fais l'honneur d'avoir accepté d'apporter ton expertise et ta rigueur scientifique à ce sujet, ainsi que de participer à ce jury.

Reçois par la présente mes vifs remerciements.

Monsieur le Docteur Pascal BOULET,

Vous qui êtes l'un des précurseurs de ce projet, et m'avez accompagné dans ses différentes étapes, vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Votre rigueur scientifique a été une aide précieuse dans ce cheminement.
Recevez ici ma plus grande gratitude et mes sincères remerciements.

A ma famille,

A Ségo,

Tu es présente à chaque instant de ma vie depuis maintenant 6 ans. Ta bonne humeur permanente, l'amour que nous nous portons, ton profond sens de l'engagement et du devoir, et toutes les nombreuses autres qualités que je ne pourrais résumer en quelque phrases font de toi la meilleure personne que je connaisse. Ton soutien est fondamental pour mon équilibre personnel.
Je te remercie pour tous ces moments, et espère que nous en vivrons de très nombreux autres.
Reçois par la présente l'expression de mon plus sincère amour (et de nombreux bisous !).

A mes parents,

Vous êtes présents depuis le tout début, m'avez accompagné dans toutes les grandes étapes de ma vie. Votre aide a toujours été précieuse, et je sais que je peux compter sur vous à chaque instant, où que je sois, et pour quelque raison qu'il soit.
Vous avez été et êtes toujours des parents extraordinaires.
Je vous aime fort.
Recevez ma plus profonde gratitude.

A mes grand-mères,

Vous êtes des soutiens indéfectibles depuis toujours, vous m'apportez beaucoup à chaque fois que nous pouvons échanger.
Recevez ma plus profonde gratitude.

A mes beaux-parents,

Belle-maman et beau-papa d'amour, merci pour votre soutien depuis que nous nous connaissons. Votre présence compte beaucoup pour moi.
Recevez par la présente le témoignage d'une grande affection.

A mon frère,

Notre relation n'est pas simple, mais il y a malgré tout un lien indéfectible familial entre nous. J'espère que tout ira bien pour toi dans ta vie future.

Reçois ici le témoignage de mon affection fraternelle.

A Camille,

Mon cher cousin, que de bons moments passés ensemble à faire diverses activités, toutes aussi amusantes les unes que les autres. J'espère qu'avec ta future carrière professionnelle, nous pourrons continuer à nous côtoyer régulièrement !

Reçois par la présente ma plus grande sympathie.

A Augustin,

Nous avons vécu de nombreuses aventures ensemble (une excursion dans le nord en Twingo par exemple ...) et nous sommes bien entendus dès le début. J'espère que nous continuerons sur cette voie !

Reçois par la présente le témoignage de ma plus grande affection.

A mon oncle, Monsieur le Docteur William AUBRIL,

Malgré mes réticences initiales à te remplacer, j'ai, au final, eu grand plaisir à exercer itérativement dans ton cabinet. Je t'en suis très reconnaissant.

Tu as également été là aux diverses étapes de ma vie « extra-médicale », sois en remercié.

Reçois par la présente le témoignage de ma profonde affection.

A mon oncle, Olivier,

Merci pour tes aides logistiques et ta bonne humeur permanente !

Reçois par la présente le témoignage de ma plus grande affection.

A mon grand-père Louis,

J'imagine bien ce qu'aurait été ta présence parmi nous en ce jour de soutenance : Tu serais arrivé sans trop savoir où tu te trouves, tu aurais cherché des réponses dans les yeux de mamie, arrivé à dix minutes de présentation, tu te serais probablement levé pour aller éteindre des lumières, ou tu aurais émis quelques onomatopées dont toi seul avait le secret afin d'attirer l'attention. Nous aurions souri ou nous aurions adopté une posture plus gênée, mais peu importe, nous t'aurions compris.

Tu étais une personne chaleureuse, généreuse et gentille, et ton absence en ce jour reste un immense regret.

Ainsi, je souhaite avoir une pensée pour toi et que, de « là-haut », comme promis, tu continues à veiller sur nous.

A Doc (Guillemette), mon chat,

Merci de ta présence quotidienne, tu me fais bien rire, et notre relation humain-animal, bien que complexe et subtile, est superbe.

A mes amis,

A Benjamin (Monsieur le Docteur SOUDAIS),

Hippocrate disait : *« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile ».* Bien entendu, cette citation ne sert qu'à souligner l'importance de mon propos.

Mon ami, que de chemin parcouru depuis une certaine luxation d'épaule lors d'un évènement carabin que nous ne nommerons pas. Ton soutien inconditionnel, ta pugnacité dans le rôle de contradicteur, ton amitié, ta gentillesse, ta perspicacité et tes fameuses « benjaminades », sont autant de compétences et de qualités que tu possèdes et qui font de toi une personne extraordinaire.

Ton amitié, si chère à mes yeux, est un précieux cadeau que tu m'as fait.

Reçois par cet hommage ma plus grande et ma plus sincère gratitude, ainsi que le témoignage du respect que je porte à ton égard.

A Nico, Antoine et Quentin,

Vous qui êtes présents depuis de si nombreuses années, votre aide pendant mes études et hors étude a été plus que précieuse et permis de maintenir un équilibre certain. Nos nombreuses péripéties sont gravées dans ma mémoire et y resteront.

Veuillez recevoir par la présente le témoignage de ma plus grande amitié.

A Béné, Maude et Philippe, Thomas et Marine, Jésus, Jamie, Audrey, Camille, Agnès, Adeline, Boris, Bruno, Edouard et Laura,

Nous nous sommes serrés les coudes pendant ces nombreuses années d'externat, puis nous nous sommes progressivement perdus de vue pour la plupart d'entre vous. Ainsi va la marche des choses. Je garde néanmoins d'excellents souvenirs et voir chacun d'entre vous, même fugacement, est toujours un grand plaisir.

Veuillez recevoir le témoignage de toute mon amitié.

A Gaelle,

Ça fait maintenant depuis quand même quelques années que nous nous connaissons non ?! (Lycée Fresnel tout ça, tout ça…)

Ta présence tout au long de mon cursus, a de l'importance. En effet, avoir une presque bernayenne me rappelle constamment d'où je viens, et m'a indirectement permis de ne pas m'égarer sur les chemins de l'orgueil ou de la vanité.
Reçois par la présente le témoignage de ma sincère amitié.

A Jennifer et Clément,
Chers joueurs de l'extrême, compagnons de voyage, et amis fidèles,
Veuillez recevoir par la présente le témoignage de toute mon amitié.

A Lisa,
Même si nous ne voyons que par périodes courte, les moments passés en ta compagnie sont toujours très sympathiques.
Reçois là le témoignage de mon amitié.

A Eugénie, Julien, Priscilla, Anouk, Claire, Anne-Lise, Morgane, Cécile, Marine, Paul-Henri, Hélène, Marie, Anne-Laure,
Mes chers co-internes, vous avez été des compagnons fidèles lors de nos pérégrinations semestrielles.
Veuillez recevoir l'expression de toute ma sympathie.

A Delphine et Alexis, Benjamin, Rebecca et Joseph, Claire, Léa, JB et Mélanie, Anne, Benoit et Camille, Laure, Virginie,
Chers amis de Ségo, on peut peut-être dire et considérer que vous êtes également mes amis hein ?
Veuillez recevoir mes sincères amitiés.

A mes paires,

Monsieur le Docteur Alain BARBOT,

Après avoir été mon maître de stage, je suis devenu ton remplaçant, puis ton adjoint et normalement ton futur associé. Que de chemin parcouru ! Ton aide précieuse, tes enseignements, tes conseils, font de toi un médecin ayant suivi à la lettre le serment d'Hippocrate *: « J'apporterai mon aide à mes confrères ».*

Ainsi, il poursuit : *« Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; »*

Par la présente, reçois donc ma plus grande estime et le témoignage de mon amitié.

Monsieur le Docteur Alain RICHARD,

Si j'avais pu me cloner ou me scinder en deux, je me serais très probablement mis à travailler avec toi, tant notre collaboration lors de mon stage a été plaisante. Je n'ai malheureusement pas cette capacité. Tu as été un super maître de stage et ta manière de transmettre ton expérience et ton amour de la médecine générale a été fondamentale dans ma formation.

Par la présente, soit remercié et reçois le témoignage de ma plus grande gratitude.

Monsieur le Docteur Stéphane BORD,

Ces nombreuses consultations auxquelles j'ai participé à tes côtés en D4 ont eu de grandes conséquences. Premièrement, éviter que je ne pète un câble pendant cette longue période de révision avant les ECN. Deuxièmement, achever de me convaincre que la médecine générale est la plus belle des spécialités. Et troisièmement, je crois bien que ces moments ont participé à te décider à recevoir des stagiaires, en tant que MSU.

De surcroit, je te remercie fortement d'avoir participé au protocole d'étude développé dans quelques paragraphes !

Reçois par la présente le témoignage de mon amitié et de toute ma gratittude.

Monsieur le Docteur Michel DINTIMILLE,

Tu ne peux pas être là lors de cette soutenance pour cause de relocalisation antillaise professionnelle, mais je te prie de recevoir à distance l'expression de toute ma sympathie.

Monsieur le Docteur Marc WURSTHORN,
Nous nous croisons régulièrement, que ce soit lors de mes remplacements, ou des réunions Eole 8.
Je te prie de recevoir toute ma sympathie.

Messieurs, les Docteur Christophe HENART, Michel MENANTEAU, Simon NGUYEN-THANH,
Vous avez activement participé à ma formation lors de mes stages de médecine générale,
Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Elizabeth MAUVIARD, Mesdames les Docteurs Marianne LAINE, Laure LEFEBVRE, Yveline SEVRIN, Jeanne-Claire YRLES, Messieurs les Docteurs François DE GOLMARD, Emmanuel LEFEBVRE, Jean-Paul THUEUX,
Vous qui avez accepté de participer à ce beau projet, je vous remercie chaleureusement pour votre participation.

Madame le Docteur Elise MACHEVIN, Monsieur le Docteur Claude ALLOUCHE et toute l'équipe du service de Gynécologie du CHI d'Evreux,
Veuillez recevoir ma gratitude pour vos enseignements et conseils lors de mon stage de gynécologie.

Monsieur le Docteur Marc LEVY, Madame le Docteur Isabelle GILLES, et toute l'équipe du service de Pédiatrie du CHI d'Evreux,
Veuillez recevoir mes remerciements pour l'apprentissage dont vous m'avez fait bénéficier lors de mon semestre en pédiatrie.

Madame le Docteur Isabelle VASSELIN, et toute l'équipe du service SSR du CHU de Bois-Guillaume,
Votre aide et vos conseils lors de mon premier semestre ont été fondamental dans ma formation. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

A Madame Françoise CHARLES, Correspondante CIL de l'Université de Rouen,

Pour vos conseils avisés concernant les méandres administratifs et les dispositions légales de l’informatique et des libertés,
Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Liste des Abréviations :

CHNGE : Collège Haut-Normand des Généralistes Enseignants

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIL : Correspondant Informatique et Liberté

CNIL : Commission Nationale de l'Infrmatique et des Libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etude Spécialisé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

Go : Giga-octets

LCD : Liquid Cristal Display

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SD : Secure Digital

SI : Supervision Indirecte

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

SUMGA : Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

UMF : Unité de Médecine Familiale

Wi-Fi : Wireless Fidel

Table des matières

INTRODUCTION **26**

DONNEES DE LITTERATURE ET EXPLOITATION DE LA SODEV **28**

La formation française de Médecine Générale **28**
Le stage de premier niveau chez le praticien agrée-maître de stage 30
Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) 30

Méthodes d'Evaluation **31**
La Supervision Indirecte (SI) 32
Supervision directe 32

Données internationales concernant la SODEV **35**
Méthode de recherche bibliographique 35
Littérature internationale 35

Données de littérature française **37**
Thèse de William DURIEUX 37
Article de Marc VIDAL en 2002 37
Thèse de Caroline ARMENGAU en 2011 38
Thèse d'Elodie PAILHE en 2012 39
Thèse conjointe de Nicolas DE JONGH, Laetitia DUMANGE et Augustin HOUDUSSE en 2014 40
Thèse de Philippe ROULAND en 2016 43

Proposition au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen **44**

EXPERIMENTATION **45**

Protocole **45**
Aspect légal 45
Aspects Techniques 46
Elaboration du protocole 49

Mise en pratique sur un semestre et évaluation du protocole **61**
Période d'étude 61
Sélection et formation des MSU à l'utilisation de l'outil 61
Communication avec les maîtres de stage 62

Elaboration de la grille de recueil **62**

Résultats de l'enquête de retour d'expérience (Annexe 6) **62**
Effectifs 62
Concernant les MSU 63
Concernant les internes 66

ANALYSE ET DISCUSSION **71**

Méthodologie et limites **71**

La mise en place de l'expérimentation **71**
Les MSU 71
La formation 72
La communication avec les MSU 72
Les internes 73

Le protocole **73**
L'aspect légal 73
La conception du protocole 74
L'avis des participants 74

Le matériel utilisé **74**

La présence de la caméra **76**

La préparation de la séance de supervision **76**

La séance de supervision **77**

La grille de Calgary-Cambridge : Un outil validé **78**

L'intérêt formatif de la SODEV **79**

L'aspect chronophage de la SODEV **80**

Quel avenir pour la SODEV ? **81**
Constitution d'un groupe national de travail sur la SODEV 81
Etudes supplémentaires 81
Nouvelle réforme 2017 du DES de Médecine Générale 81
Aller plus loin dans la formation à l'aide de l'outil vidéo 82

CONCLUSION **83**

BIBLIOGRAPHIE **85**

ANNEXE 1 : FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE CIL DE L'UNIVERSITE **89**

ANNEXE 2A : FICHE DE CONSENTEMENT PATIENT **92**

ANNEXE 2B : FICHE DE CONSENTEMENT INTERNE **93**

ANNEXE 3 : GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE **94**

ANNEXE 4 : SUPPORT DE FORMATION DES MSU **98**

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE FIN D'EXPERIENCE **103**

ANNEXE 6 : TABLEAU DE RESULTATS DE L'ENQUETE DE RETOUR D'EXPERIENCE **107**

ANNEXE 7 : ORIGINAL ET TRADUCTION DE « AIDE DE TRAVAIL POUR LA SUPERVISION VIDEO D'UNE CONSULTATION » SELON PINSKY 113

ANNEXE 8 : GRILLE FORMATIVE DE VALIDATION DES COMPETENCES DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE (REPRODUCTION AVEC L'AUTORISATION DU CHNGE) 115

Introduction

Comme tout interne en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS), j'ai dû participer avec mes MSU (Maître de Stage Universitaire) à des séances de supervision indirecte qui ne me semblaient pas cerner complètement la compétence relationnelle.
Au retour d'un congrès au Québec, le coordinateur MSU de ce SASPAS m'a présenté la technique de supervision vidéo.

La participation à un enregistrement vidéo d'une consultation, et surtout à la séance de rétroaction, me démontra l'importance pédagogique de la méthode, et suscita un questionnement personnel sur les raisons de sa non-utilisation en France, alors que la Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) fait partie intégrante des formations en médecine familiale des résidents québécois.

La supervision directe avec enregistrement vidéo, basée sur l'observation d'une consultation réelle filmée, est utilisée depuis de nombreuses années dans plusieurs pays (1,2). Les résultats en termes d'apprentissage et de maintien des compétences à long terme sont nettement favorables (3–5).

Cette technique a fait ses preuves, mais reste peu utilisée en France.

Comme nous le présenterons dans le chapitre suivant, la formation française fait surtout appel aux techniques de supervision directe et indirecte lors des stages en médecine générale ambulatoire. La supervision indirecte explore certaines compétences, et plus difficilement la compétence relationnelle (6,7). La supervision directe, en présence du maître de stage, est la technique la plus utilisée en France.

Lors d'un atelier traitant de la supervision vidéo, au congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) 2016 à Grenoble, et animé par P. Boulet et P. Nguyen-Thanh *(8)*, il a été mis en exergue une utilisation anecdotique de la supervision vidéo, dépendant plus de motivations personnelles des MSU que d'une véritable volonté de développement généralisé.

Les Départements Universitaire de Médecine Générale (DUMG) expérimentant la SODEV en France sont peu nombreux *(9)*. Une enquête en cours auprès des DMG en 2017 confirme les résultats précédents.

Fort de ces rapides constats, et compte tenu des données actuelles disponibles et des avancées technologiques, nous avons entrepris d'expérimenter la SODEV via la construction d'un protocole formalisé, faisant appel à du matériel léger et simple d'utilisation.
Un retour d'expérience sera recueilli à la suite de sa mise en pratique.

Nous débuterons ce travail par une partie traitant des données de littérature et d'utilisation dans les pays pratiquant la SODEV. Nous expliciterons ensuite la méthodologie de construction du protocole, puis aborderons les résultats du retour d'expérience.

L'objectif principal du présent travail est de décrire l'élaboration d'un protocole et la mise en place expérimentale de la SODEV au sein du DUMG de Rouen.
L'objectif secondaire est d'évaluer le retour d'expérience auprès des MSU et des internes.

Données de littérature et exploitation de la SODEV

Nous aborderons dans ce chapitre un rappel concernant la formation française en médecine générale et les différentes méthodes d'évaluation des stagiaires. Nous poursuivrons par l'exposition de données de littérature internationale montrant les atouts pédagogiques de la SODEV, ainsi que les modalités d'utilisation dans les autres pays. Nous terminerons par les données disponibles dans littérature française.

La formation française de Médecine Générale

La qualification de spécialiste en médecine générale est acquise par la loi du 17 janvier 2002 (10). Au même titre que leurs collègues des autres spécialités médicales, les internes de médecine générale doivent dorénavant suivre une formation spécifique dont la durée légale est fixée à trois ans. La validation du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) et de la thèse d'exercice permet l'obtention du titre de Docteur en Médecine Spécialiste de Médecine Générale.

Le déroulement du DES de médecine générale est décrit comme suit (sur une durée de 3 ans) :

« I -Enseignements (deux cents heures environ)

A) Enseignements généraux

- Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique en médecine générale ;

- Épidémiologie et santé publique ;

- Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en médecine générale, économie de la santé.

B) Enseignements spécifiques

- La médecine générale et son champ d'application ;

- Gestes et techniques en médecine générale ;

- Situations courantes en médecine générale : stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation ;
- Conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé ;
- Formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique ;
- Préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la recherche en médecine générale.

II -Formation pratique

A) Deux semestres obligatoires dans des lieux de stages hospitaliers agréés au titre de la discipline "médecine générale" :
- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
- un au titre de la médecine d'urgence.

B) Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :
- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;
- un semestre libre.

C) Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé maître de stage des universités.

D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris

ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation. » (11)

Intéressons-nous particulièrement aux semestres de stages en médecine générale ambulatoire.

Le stage de premier niveau chez le praticien agrée-maître de stage

Selon le décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés, les modalités d'organisation sont les suivantes (12) :

- les praticiens agrées-maîtres de stage peuvent accueillir les internes en cabinet libéral, dispensaire, service de protection maternelle et infantile, service de santé scolaire, centre de santé agrée, à l'exclusion d'un service hospitalier.
- le nombre de maîtres de stages est limité à trois
- l'interne effectue son stage en totalité ou en partie en cabinet libéral (durée minimale de 4 mois en cabinet libéral)
- le stage comporte une phase d'observation, une phase semi-active (l'interne effectue des actes en présence du maître de stage) et une phase active (l'interne accompli seul des actes avec possibilité d'intervention du maître de stage)
- la présence et la participation de l'interne aux consultations du maître de stage sont soumises au consentement du patient et l'accord du maître de stage
- le suivi des internes est placé sous l'autorité du responsable du DUMG

Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS)

Dans la circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004(13) relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé, le législateur crée les modalités d'un véritable semestre professionnalisant, où l'interne est en autonomie et se confronte à l'exercice de la médecine générale.

Le stage est sous la tutelle de deux ou trois maîtres de stages dans un ou plusieurs lieux d'exercice ou SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire).
Afin de conserver un apport pédagogique et de différencier le SASPAS du remplacement, l'interne doit effectuer, avec son maître de stage, des séances de rétroaction (supervision).
En cas de question ou de problème, le maître de stage est disponible pour, au minimum, un conseil téléphonique.

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

Selon la circulaire, l'interne doit participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers.
La « révision pluri-hebdomadaire de dossiers » permet l'évaluation continue de l'interne au long du stage. Quelles sont les méthodes actuellement existantes et employées ?

Méthodes d'Evaluation

Quelle que soit la méthode utilisée, le maître de stage effectue une séance de rétroaction où l'interne, à l'aide ou non d'une grille d'évaluation, va faire le récit d'une ou plusieurs consultations.
Ces consultations sont, soit choisies au hasard, soit choisies par le maître de stage ou l'interne, afin d'évaluer au fur et à mesure du stage les différentes compétences que l'interne doit acquérir et/ou consolider.
Au terme d'une rétroaction, divers objectifs sont élaborés entre le superviseur et l'interne (14)

La Supervision Indirecte (SI)

La séance de supervision s'effectue à partir du récit clinique de l'interne. L'étudiant auto-évalue ses compétences et fait part de son ressenti voire de ses doutes, ses questions au maître de stage.
La supervision peut se faire le jour même, ou en différé.

Avantages

La SI permet un apprentissage plutôt qu'un enseignement.(6)
Le stress potentiel généré par la présence du MSU lors de la consultation n'interfère pas dans la gestion de l'entretien et de l'examen clinique par l'interne.

Inconvénients

Il existe un biais de mémorisation de la part de l'interne pouvant plus ou moins altérer le récit clinique.
Certains MSU expriment une difficulté de contrôle de la consultation de l'interne, lié à ce biais de mémorisation.(15)
Cette méthode ne permet pas d'approfondir les compétences relationnelles et de communication de l'interne.

Supervision directe

Présence du MSU

Cette méthode est utilisée préférentiellement lors du stage de premier niveau ou en début de SASPAS, afin d'évaluer rapidement les capacités et la personnalité de l'interne.
Le MSU participe à la consultation, de façon plus ou moins active.

Avantages*(7,16)*

La supervision directe avec présence du MSU a un effet positif sur le patient, dû à une impression de « contrôle » des dires de l'interne.
La progression des compétences mobilisées et identifiées par l'interne est plus facilement, vu la présence du maître de stage, discutée et validée.
L'acquisition de compétences semble plus rapide, notamment chez les internes moins expérimentés.
Cette méthode permet d'explorer les compétences relationnelles du supervisé.

Inconvénients

La bonne relation entre le superviseur et le supervisé est importante pour un meilleur apprentissage : en effet, une supervision avec peu d'empathie et peu de suivi des attentes du supervisé est négatif. (7)
La présence du MSU peut générer un stress pour l'interne, altérant la qualité de la consultation, et donc son interprétation par le maître de stage.
La présence du maître de stage également médecin du patient peut être détourné de son objectif pédagogique par le patient l'obligeant à reprendre sa fonction de thérapeute et ne pas évaluer de manière profonde les compétences mobilisées par son interne

Miroir sans tain

Cette technique est, à notre connaissance, inexistante en France alors qu'elle est largement utilisée au sein des Unités de Médecine Familiale au Québec, où le

résident est directement observé par son maître de stage à travers un miroir sans tain, avec l'accord du patient.

Avantages

Cette méthode permet la présence du superviseur sans le risque d'intervention pouvant modifier l'interaction entre le patient et le supervisé.
Il existe une anxiété initiale qui s'atténue au fur et à mesure des consultations, le supervisé trouvant alors un réel bénéfice à cette méthode(17).

Inconvénients

Le miroir sans tain nécessite un investissement lourd et une adaptation des locaux. Au Québec, seuls les UMF (Unités de Médecine Familiale) peuvent avoir ce type de matériel.
Il n'existe pas actuellement en France, d'unités de médecine ambulatoire gérées par les Départements de Médecine Générale

Enregistrement sonore

Cette méthode semble marginale et peu décrite dans la littérature.(18)

Avantages

L'enregistrement sonore permet d'explorer la communication verbale de façon authentique, sans biais de mémorisation ou de déclaration.
L'absence de présence du superviseur lors de la consultation évite la génération d'anxiété chez le supervisé.

Inconvénients

Le consentement du patient est nécessaire et la manipulation du matériel d'enregistrement peut modifier le déroulement de la consultation.
Cette méthode ne permet pas d'explorer la communication non verbale.

Supervision vidéo

Sujet étudié dans le présent travail, la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) est une méthode largement et depuis longtemps utilisée (on trouve des études datant des années 1980(2,5)), notamment au sein des UMF au Québec, avec ou sans l'aide d'un miroir sans tain (la caméra est présente dans le local de consultation ou derrière le miroir sans tain).
L'interne est filmé lors de la consultation au moyen d'une caméra, et une séance de rétroaction est effectuée le jour même ou en différée (à l'image de la supervision indirecte).

Les avantages et inconvénients vont être abordés dans la partie suivante, spécifique de ce sujet.

Données internationales concernant la SODEV

Méthode de recherche bibliographique

Les bases de données SUDOC et PubMed ont été interrogées à l'aide des mots clés suivants :
-en français : « supervision vidéo », « supervision directe », « SODEV », « communication médecin-patient », « supervision indirecte », « supervision directe ».
-en anglais : « videotape recording », « clinical supervision », « video recording », « communication training ».

Littérature internationale

La littérature en lien avec la SODEV est principalement anglo-saxonne, et surtout québécoise.
En 1979, Verby et al *(1)* montre que faire bénéficier un groupe de médecins « de premier recours » d'une supervision vidéo versus un groupe n'en bénéficiant pas améliore les capacités de communication.

Dans les années 1980, les universités québécoises utilisaient les prémices de la SODEV, à l'aide de caméras VHS (Video Home System), et mettait en évidence les bénéfices sur l'auto-apprentissage de compétences *(2)*.
En 1986, Maguire et al. *(5)* démontrent, sur un groupe de médecins psychiatres ayant bénéficié de séances de supervision vidéo durant leur cursus d'apprentissage, un bénéfice en termes de communication persistant 6 ans après la fin de la formation.

En 1994, le Général Medical Council (équivalent britannique du Conseil National de l'Ordre des Médecins) édite un guide de recommandations *(19)* pour les praticiens souhaitant filmer leur consultation.

La rétroaction en vidéo d'une consultation (pour un interne ou un médecin thésé) améliore de façon significative, dans plusieurs articles, la compétence de communication avec le patient*(4,20,21)*.
Il apparaît également que la supervision vidéo est une méthode simple, fiable et reproductible*(22–24)*.

Une revue de littérature effectuée par Hammoud et al. (20), étudiant 67 articles traitant de l'enregistrement vidéo de consultations, montre que le ressenti de l'apprenant est globalement favorable. Le ressenti est encore amélioré lorsque la méthode est couplée à une séance de rétroaction dans un but pédagogique. De plus, la vidéo encourage et interroge l'étudiant autour de l'autoréflexion et l'auto-évaluation.

On note des discordances dans l'évaluation de l'acceptabilité de l'enregistrement vidéo par les patients : Bain et al.*(25)* et Servant et al. *(26)* montrent qu'elle serait d'environ 10% si l'on retire les biais liés à la pression involontaire que le médecin exerce sur le patient lors de la demande de consentement. Ces résultats sont marginaux et d'autres études montrent une acceptabilité satisfaisante (2 à 13% de refus selon les auteurs)*(27,28)*.

On retrouve dans l'étude de Campbell et al. (25) la notion "d'activité chronophage" qu'est l'acquisition et la visualisation des enregistrements vidéo.

Données de littérature française

Notre recherche a retrouvé sept travaux traitant la supervision vidéo.

Thèse de William DURIEUX

L'objectif de ce travail *(29)* était de définir la supervision (directe et indirecte) et de présenter le programme de résidence en médecine familiale à l'université de Montréal.

William Durieux, lors de sa formation, au moment de l'initiation de stages chez le praticien, a effectué un semestre de formation au sein de l'UMF du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Montréal. Sa thèse d'exercice définit ce qu'est la supervision et décrit son expérience.
Concernant la supervision vidéo, William Durieux aborde le fonctionnement de la SODEV au sein de cette UMF et décrit avec précision le modèle théorique et les champs de compétences abordés.

Il poursuit ensuite par une étude d'observation, confrontant le modèle théorique avec la réalité de ses applications.
Il arrive aux conclusions suivantes :
- la supervision directe est une méthode objective en termes de contrôle du résident et d'approche pédagogique
- le résident devrait effectuer la séance de rétroaction en ayant au préalable effectué une synthèse clinique de la consultation qu'il va faire superviser
- le visionnage de la bande vidéo par le superviseur et le supervisé est un atout dans l'enseignement de la technique et la structure de consultation, alors qu'une supervision par observation directe sans vidéo aborde plutôt la démarche clinique.

Article de Marc VIDAL en 2002

Paru dans *Pédagogie Médicale*, l'objectif de ce travail(30) est de faire un inventaire des différentes techniques pédagogiques à disposition des MSU.

Marc Vidal y présente la supervision directe avec notamment l'utilisation de la vidéo. Il présente cette technique comme « objective » et permet « d'analyser les capacités et difficultés dans la relation » de l'interne.

Toutefois, la technique est évoquée, sans précision sur les modalités d'utilisation des caméras et d'exploitation des données vidéos.

Thèse de Caroline ARMENGAU en 2011

L'objectif de ce travail est de recueillir les opinions des internes quant à l'utilité de la vidéo pour auto-évaluer leurs compétences en communication, et émettre des propositions quant à des pistes d'amélioration pour l'apprentissage de la communication en formation initiale.

Dans ce travail, l'auteur propose le protocole suivant (31) :

-Le recueil du consentement du patient par l'interne après information éclairée sur les modalités de l'enregistrement vidéo
-La caméra est placée (pas de précision sur le type de caméra) de sorte à ne pas filmer l'examen clinique
-Remplir la grille d'autoévaluation à la fin de la consultation (sans visionner le film), hors présence du patient
-Le film est visionné par l'interne puis une grille est de nouveau remplie
-Les deux autoévaluations sont comparées
-Retour d'expérience à l'issue du protocole via un questionnaire

La grille d'autoévaluation proposée est la Grille de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale (32).

On note donc que l'interne s'autoévalue deux fois à l'aide d'une même consultation filmée : avant de se visionner, et après s'être visionné, à l'aide d'un guide bien connu et validé. Il n'y a pas d'intervention du maître de stage.

C. Armengau note dans sa conclusion que l'autoévaluation est certes intéressante mais peut être améliorée grâce à une séance de rétroaction.
Ceci est corroboré par la revue de littérature d'Hammoud et al. (4) en 2012.

Thèse d'Elodie PAILHE en 2012

L'objectif de cette étude est de faire émerger les avantages et les inconvénients de la SODEV et de recueillir le point de vue des MSU sur son utilisation en France.

Elodie PAILHE, dans sa thèse d'exercice (33) , adopte un protocole où elle prête une caméra vidéo à des MSU. Les maîtres de stage doivent réaliser au minimum une consultation filmée et effectuer une séance de rétroaction.

Ce travail propose un protocole axé principalement sur un recueil de données qualitatives après une SODEV (33).
Le protocole est décrit comme suit :
Les MSU ont été recrutés par téléphone après explication de l'étude.
Le protocole est ensuite présenté à l'interne et son accord est recueilli par écrit.
Le consentement du patient est recueilli par l'interne ou le MSU après information.
Une caméra avec un trépied (sans précision sur le modèle ou la marque) était préalablement installée dans le cabinet, et une notice d'utilisation avait été conçue pour l'occasion.
La caméra est placée de manière à voir l'interne et le patient, et l'examen clinique n'est pas filmé.
Le nombre de consultations filmées n'est pas limité
Une séance de rétroaction est effectuée à l'issue par l'interne et le MSU, axée sur l'évaluation de la compétence relationnelle et communicationnelle.

La façon dont se déroule la séance de supervision est laissée à l'appréciation du MSU dans ce protocole.

Un entretien semi-dirigé est ensuite réalisé avec le MSU et les résultats indiquent que :
-la mise en place technique était facile (à noter que le matériel était installé par l'auteur elle-même)
-le recrutement des patients était facile
-les patients étaient rassurés par le fait que leur médecin visionnait le film, et effectuait donc une sorte de contrôle sur la consultation
-la caméra est facilement acceptée par le patient et l'interne, avec souvent une période d'adaptation de quelques minutes
-la SODEV permet une évaluation objective des capacités de communication de l'interne

Par contre :
-la supervision est contraignante car chronophage
-certains internes expriment une gêne au fait de se regarder en vidéo

Thèse conjointe de Nicolas DE JONGH, Laetitia DUMANGE et Augustin HOUDUSSE en 2014

Ce projet de recherche, dirigé par le DUMG de Poitiers (34–36), aborde la SODEV dans sa globalité.

L'objectif général de ce triple travail était d'effectuer la mise en place d'un outil associant SODEV et grille de Calgary-Cambridge, auprès d'internes en formation et leurs maîtres de stage, visant à créer les conditions favorables à une utilisation efficiente et acceptable.

Chaque interne avait un objectif précis, afin d'étudier plusieurs aspects en lien avec l'expérience menée :

-L’objectif principal de Nicolas de Jongh était de montrer que l’outil permettait d’améliorer la qualité de la rétroaction du point de vue du MSU.

- L’objectif principal d’Augustin Houdusse était de montrer que la réalisation d’une supervision vidéo autoévaluée par l’interne à l’aide de la grille de Calgary améliorait l’apprentissage de la communication.

-L’objectif principal de Laetitia Dumange était de montrer que l’outil permettait d’améliorer la qualité de la rétroaction du point de vue de l’interne de médecine générale.

Un protocole expérimental a été élaboré dans une maison de santé pluridisciplinaire, avec l’installation de matériel vidéo dans une salle de consultation dédiée. Plusieurs séries de consultations étaient réalisées et certaines gardées pour effectuer une séance de rétroaction à l’aide d’une grille de Calgary-Cambridge de l’entrevue médicale, modifiée pour l’étude (32).

Préalablement à la séance de rétroaction, l’interne visualisait la vidéo et s’autoévaluait, le MSU faisait de même de façon indépendante, puis le superviseur et le supervisé effectuaient ensemble la rétroaction.

Le protocole proposé dans ce travail conjoint (36) est, à notre avis, le plus abouti, concernant les travaux français sur le sujet.

L’expérimentation est réalisée au sein d’une maison de santé accueillant des internes de premier niveau ou SASPAS.
La salle de consultation réservée habituellement aux internes était aménagée avec une caméra, un enregistreur, deux microphones, et une télévision. Le matériel était financé par le DUMG de la faculté de Poitiers (coût total de 2121 euros).
Un tutoriel était fourni avec le matériel pour la mise en place et l’exploitation des données vidéo.
Le consentement des patients était recueilli par écrit après information par l’interne.

Les enregistrements ne pouvaient être exploités autrement qu'à l'aide du matériel installé (pas de copie volontaire ou involontaire possible).

Concernant le rythme des enregistrements :
L'interne filmait une première série de consultations. Trois consultations étaient sélectionnées et visualisées par l'interne seul.
Une deuxième série de consultations était filmée dix jours après la précédente, et la supervision se faisait avec les deux temps autoévaluation, hétéroévaluation (cf. infra.) et confrontation des grilles lors d'une séance de rétroaction.
Une troisième série d'enregistrements, facultative, pouvait être réalisée selon les mêmes modalités que la deuxième, dix jours après.

La SODEV se déroulait en deux phases :
Une autoévaluation par l'interne à l'aide d'une grille de Calgary Cambridge modifiée (simplifiée) et une hétéroévaluation par le MSU à l'aide d'une même grille.
La séance de rétroaction avec l'interne et le MSU où les grilles étaient confrontées et des objectifs d'apprentissage définis.

Nicolas DE JONGH a réalisé des entretiens semi-dirigés avec les MSU et met en évidence :
-l'autoévaluation, l'outil dans sa globalité permet de faire progresser l'interne sur des compétences non accessibles en supervision indirecte
-la supervision instaure un climat de confiance tant dans la supervision que sur l'assurance que les patients du MSU sont bien pris en charge par l'interne en autonomie
-l'outil vidéo permet d'explorer la communication verbale et non verbale de l'interne
-la vidéo est un véritable appui structurant la rétroaction
-la vidéo est bien acceptée tant par les patients que les internes
-la grille de Calgary Cambridge proposée permet une rétroaction plus efficace
-la SODEV impose un temps de supervision plus conséquent

Augustin HOUDUSSE a réalisé des entretiens semi-dirigés pour évaluer le ressenti des internes sur l'apport de l'autoévaluation. Il met en exergue les points notables suivants :

-l'interne, grâce à l'autoévaluation, prend conscience des préoccupations du patient, s'interroge sur sa pratique, évalue ses compétences et définit des objectifs de progression
-l'interne exprime un besoin de séances de rétroactions externes, par le MSU
-il y a une corrélation entre l'évaluation de l'interne et du MSU
-il y a de nombreuses appréhensions ressenties par l'interne avant les enregistrements, qui diminuent pour la plupart avec la répétition des séances

Laetitia DUMANGE a réalisé des entretiens semi-dirigés avec les internes ayant participés à l'étude et explore leur ressenti sur la mise en place technique et la rétroaction avec le MSU. Les principaux résultats montrent que :
-l'outil vidéo est simple d'utilisation (un protocole écrit est à disposition avec le matériel)
-la vidéo et la grille de Calgary Cambridge facilite la rétroaction en la structurant
-la SODEV instaure un climat de confiance entre le superviseur et le supervisé
-la SODEV permet une analyse plus approfondie lors de la rétroaction et aide l'interne à définir des objectifs personnels

Ce travail montre donc plusieurs points notables :
- ce protocole très complet est peu reproductible du fait d'une installation matérielle lourde et coûteuse
- l'autoévaluation de l'interne améliore la qualité de la supervision mais est insuffisante sans la participation du MSU, véritable « tuteur » de l'interne.
- l'anxiété liée au fait de se visionner (pour l'interne) peut s'atténuer par la répétition des séances de supervision.

Thèse de Philippe ROULAND en 2016

L'objectif du ce travail est d'identifier et analyser les freins à l'utilisation de la supervision vidéo lors des stages ambulatoires du DES de médecine générale.

Philippe ROULAND propose une étude qualitative *(9)* auprès de MSU ayant ou non réalisés des supervisions à l'aide de la vidéo et cherche à identifier les freins à l'utilisation de cette technique de supervision.
Il met en évidence :
-la méconnaissance de la SODEV en France
-le besoin de formation ressenti par les médecins participants
-la problématique des conditions matérielles requises
-la gestion du temps d'acquisition des vidéos et de supervision
-la nécessité d'un climat de confiance préalable entre l'interne et le MSU
-une perception favorable de la SODEV par les participants, malgré les réserves évoquées

Proposition au sein du Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen

Fort de ces constats, et aux vues du potentiel pédagogique de la SODEV, tant par l'apport en communication, que l'analyse globale centrée patient d'une consultation, le DUMG de Rouen propose la mise en place expérimentale de cette technique dans plusieurs cabinets de médecine générale en Haute-Normandie.
Lors de la dernière réunion de formation des MSU en juin 2016, une consultation d'interne enregistrée en vidéo a été présentée et plusieurs médecins ont manifesté leur intérêt pour cette technique.
Les cabinets de médecine générale hauts-Normand ne sont, bien entendu, pas spécifiquement équipés pour la SODEV.
Le principe de cette expérimentation repose sur l'utilisation de matériel vidéo portatif et simple d'utilisation ainsi qu'une proposition de structuration de la supervision effectuée à l'issue. L'expérimentation doit également aborder les aspects légaux liés à l'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale.

Expérimentation

Protocole

Partant des différentes données recueillies tant sur la littérature internationale que sur les différents travaux de thèses français, nous avons conçu un protocole expérimental.
Comment a-t-il été construit ?

Aspect légal

Le recueil du consentement à la fois du patient et de l'interne, ainsi que la sécurisation des données de santé étaient des aspects fondamentaux de cette expérience et se doivent d'être abordés avant même la conception du protocole.

Les modalités d'utilisation et d'exploitation de données médicales enregistrées sur matériel vidéo a nécessité un avis auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de la faculté Médecine/Pharmacie ainsi qu'auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nos propositions, pour permettre une sécurisation maximale des données de santé étaient :
-enregistrer les vidéos sur un support de faible encombrement et de grande capacité
-le support doit permettre de visualiser les fichiers vidéo sans copie sur le matériel informatique
-visualiser les vidéos sur le lieu de l'enregistrement, c'est-à-dire au cabinet médical du MSU
-effacer les fichiers vidéo dès leur exploitation en séance de supervision, à la suite de l'enregistrement.

Lors des réunions effectuées avec la correspondante informatique et liberté de la faculté, plusieurs points ont été mis en avant :

-l'information du patient doit être faite au début de la consultation, et le consentement doit être formalisé par écrit
-les données sont enregistrées sur la carte mémoire de la caméra, qui est lue sur un ordinateur déconnecté des réseaux
-les données sont uniquement visualisées par le MSU et son interne, au sein du cabinet
-il n'y a pas de copie des fichiers vidéo sur l'ordinateur de lecture
-les données sont supprimées après la séance de supervision

Vu l'article 8-II de la loi du 6 janvier 1978 (« les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès ») et vu les dispositions et conditions exposées ci-dessus, le service des correspondants de la CNIL a proposé une inscription au registre de l'université (par opposition à une déclaration à la CNIL, qui doit être étudiée en commission nationale).

Cette inscription (Annexe 1) prévoyait donc un engagement de conformité du responsable de DUMG à la loi informatique et liberté et respect des termes de l'inscription au registre.

Dès lors, des fiches de consentement ont été rédigées (Annexe 2a et 2b), pour le patient et pour l'interne. Ces fiches faisaient particulièrement référence au droit à l'image (Article 9 du Code Civil) et aux mentions informatique et liberté.

Aspects Techniques

Utilisation d'une caméra d'action

Lors de nos recherches bibliographiques, nous avons constaté qu'un des freins majeurs à la réalisation de la SODEV était la potentielle complexité et l'encombrement du matériel d'enregistrement utilisé (9).

De par la volonté d'expérimenter une méthode pouvant être applicable à tous les cabinets de médecine générale, et au vu des évolutions techniques, notre choix matériel s'est porté sur les caméras d'action.

Ces petits dispositifs, mobiles et adaptables à toutes les configurations de cabinet, notamment à l'aide d'un trépied modulaire ont motivé notre décision. De plus, les cartes mémoires actuellement produites permettent d'enregistrer plusieurs heures de film sans avoir obligatoirement à interrompre l'enregistrement entre chaque consultation.

Le DUMG de l'université de Rouen a investi dans deux caméras d'action *GoPro Hero+LCD* ®, avec trépied modulaire (de marque GorillaPod®), ainsi que deux cartes MicroSD (Secure Digital) d'une capacité de 64 Go (Giga-octets). A titre indicatif, ce matériel a été acquis pour un montant de 729.96 euros (le prix pouvant bien sûr évoluer dans le temps et selon le vendeur).

GoPro Hero+LCD ®

Trépied Modulaire GorillaPod®

Carte Micro-SD et son adaptateur

Le choix de la caméra *GoPro Hero+LCD* ® résultait de son coût modéré, sa taille, et l'écran LCD (Liquid Cristal Display = Ecran à Cristaux Liquides) intégré, permettant un ajustement immédiat du positionnement de la caméra et une possible visualisation de la vidéo directement au moyen de la caméra.

Nous reviendrons plus en détail sur les précautions à prendre concernant les connexions externes. Il est néanmoins important de rappeler que, au regard de l'objectif principal de ce type de caméra qu'est la diffusion en direct sur internet d'exploits sportifs, il existe une connexion externe par Wi-Fi (Wireless Fidelity) et/ou Bluetooth. Ces connexions doivent être impérativement éteintes via le menu interne de la caméra ou la touche externe dédiée, pour des raisons évidentes de confidentialité, et devant de potentiels risques de piratage de réseau.

Elaboration du protocole

En juin 2016, lors de la journée de formation des MSU du DUMG de Rouen, une réflexion s'était tenue autour des modalités de mise en place de la SODEV après explication du concept.
Ces données ont été réutilisées lors de l'atelier du congrès du CNGE de Grenoble (8) et confrontées à des MSU et enseignants d'autres régions.
Cet atelier avait mis en évidence un intérêt important pour cette technique mais sa mise en place nécessiterait de bien préciser les modalités d'application pratique, l'environnement pédagogique et l'aspect légal.

Déroulement des enregistrements

Pour ce qui est de l'installation de la caméra, nous estimons que son installation devrait préférentiellement être effectuée par l'interne (il est en stage en autonomie).

Les données qualitatives retrouvées (33) montraient des avis partagés par rapport à l'idée de filmer l'examen clinique. Les trois travaux de thèse français (31,33,34) utilisant l'enregistrement vidéo ont tous exclu de filmer l'examen clinique.

Lors de l'atelier du congrès du CNGE 2016, les MSU présents étaient également partagés : les informations apportées par la manière de conduire l'examen physique ainsi que les informations verbales données à ce moment par le patient sont importantes, mais la pudeur peut rebuter certains patients. Nous avons donc décidé d'introduire dans le protocole le fait que la table d'examen doit être hors du champ de la caméra.

Quant au déroulement, l'interne laisserait l'enregistrement actif lors de l'examen physique afin de recueillir la bande audio, permettant de suivre le déroulement de la consultation.

Nous proposons dans le protocole d'enregistrer une demi-journée entière, afin d'avoir suffisamment de matériel pédagogique à exploiter.

Visualisation des vidéos

Le point primordial nécessaire à la bonne utilisation du protocole était la sécurisation des données.
Les auteurs des travaux de thèse de Poitiers (34–36), ont pu, grâce à leurs ressources matérielles élaborer un protocole avec une utilisation des données en circuit fermé (caméra en salle de consultation et ordinateur dans une pièce adjacente) complètement déconnectés des réseaux, puis supprimer les enregistrements après la séance de supervision.

En cela, nous avons décidé d'imposer la déconnexion des réseaux de l'ordinateur utilisé pour la visualisation des vidéos, afin d'éviter tout risque de transmission involontaire de données ou de piratage.
De plus, nous demandions dans le protocole de ne pas déplacer les fichiers vidéo de la carte mémoire de la caméra, pour éviter toute trace dans les fichiers temporaires de l'ordinateur (qui peuvent permettre une récupération au moins partielle des données). La vitesse de lecture des cartes SD produites actuellement permet une qualité de visionnage suffisante pour ne pas avoir à copier les fichiers sur l'ordinateur.
Enfin, la dernière consigne importante était la visualisation des vidéos au sein du cabinet, toujours dans un but de sécurisation des données.

Ces points étaient en accord avec les conditions vues lors des réunions avec la correspondante informatique et liberté de l'université.

Déroulement de la supervision lors du semestre SASPAS

Rythme des enregistrements

Les trois thèses expérimentales françaises ont effectué un nombre de séries d'enregistrement différent :

-Une unique séance pour Armengau(31)
-Deux séances espacées de 3 à 10 jours pour Dumange et al. (34)
-Un enregistrement minimum pour Pailhe (33)

De manière intuitive, il parait judicieux d'effectuer trois séances :
-la première séance, réalisée à 1 mois du début du stage (pour laisser un temps d'adaptation à l'interne avec la patientèle et le fonctionnement du cabinet) permettrait de faire un diagnostic de compétences, puis d'établir une prescription pédagogique par le MSU
-la deuxième séance, réalisée en milieu de stage servirait à observer l'application de la prescription pédagogique et définir de nouveaux objectifs.
-la troisième séance, effectuée dans le dernier mois, permettrait de vérifier l'acquisition des compétences.
Cette programmation des séances permet d'évaluer la progression de l'interne sur le semestre.

Préparation de la supervision

L'autoévaluation de l'interne, préalable à la séance de supervision, semblait être un processus intéressant comme « moteur d'apprentissage par la motivation et l'autonomie qu'elle suscite chez l'interne » (35).
Une hétéroévaluation par le MSU semblait également importante, afin de préparer des objectifs d'apprentissage.

<u>Nous proposions donc dans le protocole, en amont de la séance de supervision, un premier temps où l'interne s'autoévaluerait. Le maître de stage évaluerait aussi l'interne (hétéroévaluation) via l'enregistrement vidéo.</u>

Séance de rétroaction

Pailhe (33), lors de ses entretiens semi-dirigés montrait que les maîtres de stage avaient la volonté de structurer la supervision à l'aide d'outils pédagogiques.

Dumange et al. (34) utilisaient dans leur travail une grille de Calgary Cambridge modifiée (simplifiée), pour faciliter la structuration de la séance de rétroaction.

La grille de Calgary Cambridge (37,38) est un outil international et validé, abordant diverses « tâches » en lien avec des compétences mobilisées pour le bon déroulement d'un entretien médical.

Nous avons décidé, malgré l'exhaustivité de cette grille (pouvant alors potentiellement rendre l'analyse plus lourde), de l'inclure dans sa version originale. La grille pouvait alors être utilisée entière ou pour aborder une tâche particulière.

Pour la notation de chaque tâche, nous avons décidé d'utiliser une échelle de Likert pondérée sur 4 (« pas du tout », « plutôt non », « plutôt oui », « tout à fait ») afin d'éviter une notation neutre et faire en sorte que l'interne et le MSU se positionnent sur une appréciation positive ou négative. Nous avons par ailleurs laissé une partie « commentaires libres » à la fin de chacune des six grandes parties de la grille, pour laisser un espace de liberté d'expression, à la fois pour l'interne et le MSU.
La grille de Calgary Cambridge que nous avons reproduite inclus trois colonnes pour noter les trois séances et observer la progression de l'interne (Annexe 3).

Le superviseur et le supervisé compareraient donc leurs évaluations (à l'aide des grilles) et définiraient à l'issue de la supervision des objectifs pédagogiques et d'amélioration pour la séance suivante.

Quelques conseils décrits dans le protocole

Différents travaux (33,34) montraient qu'un certain malaise à se visualiser pouvait apparaître chez l'interne. Pour tenter de lever l'appréhension, nous proposons dans le protocole aux MSU de réaliser un enregistrement et de réaliser une rétroaction où l'interne prend le rôle de superviseur. Ceci devrait permettre à l'interne d'anticiper favorablement ses futures séances de supervision.

La majorité des études montraient que la SODEV est une activité chronophage (4,9,29,33,34). De plus, la sécurisation de des donnés imposant une destruction des

vidéos le jour même de l'enregistrement, nous proposions donc aux MSU de prévoir dans leur agenda l'utilisation de la méthode.
Ceci permettrait de ne pas percevoir la méthode comme une contrainte, dès l'instant où le temps est dédié et programmé.

Au final, nous proposons donc le protocole suivant :

Protocole SODEV

Présentation de la caméra :

Touche *Shutter/Select*

Touche *Power*

Déroulement technique des enregistrements :

Installation de la caméra :

L'installation est réalisée par l'interne.

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

La table d'examen ne doit pas entrer dans le champ de la caméra.

Le trépied flexible permet de placer la caméra sur toute surface.

La bonne position peut être vérifiée grâce à l'écran arrière de la caméra.

Déroulement :

Avant l'entrée du premier patient de la série d'enregistrement, l'interne allume la caméra à l'aide de la touche *Power*

Lors de l'entrée du patient dans le cabinet, l'interne débute l'enregistrement en appuyant sur la touche *Shutter/Select.*

La table d'examen étant hors champ, l'enregistrement n'est pas interrompu lors de l'examen clinique.

Lors de la fin de l'entrevue, l'interne interrompt l'enregistrement à l'aide de la touche *Shutter/Select.*

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.

La carte mini SD est retirée de la caméra et mise dans l'adaptateur prévu.

Si l'ordinateur ne dispose pas d'un port pour carte SD, il est utilisé un adaptateur SD-USB.

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

NB : Les caméras d'actions type GoPro® génèrent un fichier de durée maximale fixée à 20 minutes. En cas de consultation dépassant ce temps, des fichiers supplémentaires sont automatiquement créés.

Lorsque les différentes visualisations sont terminées, 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 compétences,

puis à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage et enfin pendant le dernier mois de stage pour observer les progrès.

Une matinée ou un après-midi de consultations est entièrement filmé.

Déroulement de la supervision :

Le projet de supervision est expliqué par le MSU à l'interne et fait l'objet d'un accord écrit.
Sur proposition de l'interne et/ou du MSU, une ou plusieurs consultations sont sélectionnées. Les consultations peuvent aussi être visualisées à la suite sans sélection de patient.
La vidéo est visualisée d'abord par l'interne seul, puis par le MSU seul. La séance de supervision peut ensuite être effectuée. L'intégralité de la vidéo peut être regardé par le superviseur et le supervisé, ou bien le superviseur et/ou le supervisé choisissent des séquences particulières, qu'ils jugent 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.

La supervision est réalisée obligatoirement au cabinet du MSU.

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.

Conseils pour le bon déroulement de la SODEV :

On conseille au MSU de réaliser un enregistrement d'une de ses consultations en début de stage. L'interne et le MSU effectuent alors une SODEV où 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.

La SODEV est une activité potentiellement chronophage. Pour assurer une supervision de qualité, il est fortement conseillé au binôme MSU et interne de prévoir un temps dédié suffisant (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 devrait faire 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 et du MSU.
Le temps dédié à la supervision vidéo ne devrait donc pas excéder 6 heures sur 6 mois.

Matériel :

Caméra d'action GoPro®:

Trépied :

Carte mémoire et adaptateur :

Adaptateur SD-USB :

Préparation du matériel :

Désactivation du témoin lumineux de fonctionnement : (cette manipulation a déjà été effectuée sur les caméras fournies par le DMG)

Allumer la caméra par un appui prolongé sur la touche Power

Appuyer 4 fois sur la touche *Power* pour aller dans le menu (Setup) et valider avec la touche *Shutter/Select*

Dans le menu, appuyer sur la touche *Power* jusqu'à atteindre « Both On » ;

Appuyer alors sur la touche *Power* pour modifier « Both On » en « Both Off »

Revenir au mode vidéo en sortant des réglages en appuyant sur la touche *Power* jusqu'à atteindre la ligne « Exit » et valider avec la touche *Shutter/Select*

Les témoins lumineux sont désormais désactivés lors de l'enregistrement vidéo.

<u>Désactivation du Wifi :</u> (cette manipulation a déjà été effectuée sur les caméras fournies par le DMG)

S'assurer que le mode Wifi est désactivé (pour éviter toute transmission non voulue de données)

Appuyer 4 fois sur la touche *Power* pour aller dans le menu (Setup) et valider avec la touche *Shutter/Select*

Dans le menu, s'assurer qu'à côté du symbole Wifi (image) la mention « Off » soit affichée ;

Si une autre mention que « Off » est affichée, appuyer sur la touche *Shutter/Select* pour entrer dans les options Wifi, appuyer sur la touche *Power* jusqu'à mettre « Off » en surbrillance et valider avec la touche *Shutter/Select*

Enfin, revenir au mode vidéo en sortant des réglages en appuyant sur la touche *Power* jusqu'à atteindre la ligne « Exit » et valider avec la touche *Shutter/Select*

Mise en pratique sur un semestre et évaluation du protocole

Afin de tester notre protocole, nous avons mis en place une phase d'expérimentation lors d'un semestre SASPAS.

Période d'étude

L'expérience est prévue pour se dérouler sur une durée de six mois, lors du semestre d'été 2017, du 2 mai au 27 octobre.

Sélection et formation des MSU à l'utilisation de l'outil

Nous avions décidé de sélectionner les MSU sur la base du volontariat, parmi les maîtres de stage accueillant des internes en SASPAS.

En mars 2017, une formation de quatre heures a été dispensée aux maîtres de stage volontaires.
Cette formation avait pour but :
-D'expliquer le protocole
-Faire manipuler et prendre en main les caméras
-Insister sur la sécurisation des données enregistrées
-Evaluer une consultation fictive filmée, à l'aide de la grille de Calgary Cambridge,
-Définir un planning d'emprunt des caméras

Un maître de stage ne pouvant participer à la formation a souhaité tout de même participer au protocole et a donc été formé directement à son cabinet, avec le support utilisé en mars (Annexe 4).

Communication avec les maîtres de stage

Afin de communiquer, fournir les documents nécessaires à l'expérimentation et aider, en cas de nécessité, les maîtres de stage, nous avions créé une adresse courriel dédié : sodev.rouen@gmail.com

Elaboration de la grille de recueil

Au-delà de la description d'une méthode vidéo de supervision adaptable à tout cabinet ambulatoire de médecine générale, il nous est apparu important de réaliser, à la suite du semestre, une enquête de retour d'expérience.

Le questionnaire a été élaboré afin d'évaluer les différentes étapes demandées par le protocole (Annexe 5) :
-La clarté du protocole
-L'utilisation du matériel technique
-L'enregistrement vidéo
-Le temps de préparation à la séance de supervision
-La séance de supervision
-L'intérêt pédagogique de la SODEV
-Un paragraphe de commentaires libres

Ce questionnaire permettrait de critiquer et aborder des pistes pour tenter d'améliorer le protocole après l'expérience.

Résultats de l'enquête de retour d'expérience (Annexe 6)

Effectifs

Pendant la période d'étude, 9 maîtres de stage et 9 internes ont participé aux séances d'enregistrement vidéo.

Concernant les MSU

Tous les MSU participants ont rempli la grille de recueil.
Un MSU n'a fait réaliser qu'une séance de supervision et n'a pas poursuivi le protocole. Les raisons pour ce déroulement ont été : « je n'ai rien eu à redire de l'interne à la suite de la séance de supervision par vidéo, et avec le manque de temps pendant le semestre d'été (vacances), nous n'avons pas réitéré l'expérience ».

Le protocole

La majorité des MSU ont répondu « plutôt oui » ou « tout à fait » aux questions concernant la clarté du protocole, la simplicité d'expliquer l'intérêt de la méthode au patient, et l'adaptation des mesures de sécurité informatique.

Le matériel technique

La totalité des MSU est d'accord sur la facilité d'utilisation de la caméra d'action, de la carte SD et son adaptateur.
Deux MSU n'ont pas utilisé de trépied, sans avoir précisé en commentaire les raisons et solutions.
La déconnexion de l'ordinateur des réseaux filaires et non filaire n'a pas semblé compliqué. Un MSU a précisé que couper le Wi-Fi dans son cabinet était compliqué, car son ordinateur est le serveur pour les autres praticiens du cabinet. Ce même MSU propose de visualiser la vidéo sur l'écran de la caméra.
La lecture des vidéos sur l'ordinateur a posé problème à deux MSU, ainsi que la sélection de certaines séquences précises.
La plupart des MSU étaient satisfaits de la qualité vidéo, mais la qualité audio était pour la moitié des participants, insuffisante. Un MSU a précisé qu'il a dû utiliser des enceintes audio pour améliorer le confort d'écoute.
Enfin, tous les MSU étaient d'accord sur la simplicité de destruction des vidéos.

L'impact de la présence de la caméra

Les MSU étaient partagés sur l'intérêt du débuter l'enregistrement avant l'entrée du patient ou au moment de son entrée.
Ils sont par contre tous d'accord sur le fait que l'interne et le patient s'affranchissent facilement de la présence de la caméra. Par ailleurs, un MSU a précisé que certains patients habituellement pudiques « ont oublié la caméra au point de commencer à se déshabiller dans le champ de vision alors qu'il y a une salle d'examen séparée ».

Les MSU étaient plus partagés sur l'intérêt de masquer la caméra pendant l'examen physique. Un répondant n'a d'ailleurs pas coché de case et mis en commentaire « pas d'intérêt ».

Aux questions portant sur l'enregistrement en continu versus l'enregistrement consultation par consultation, les MSU étaient majoritairement en faveur de la deuxième option.

La préparation de la séance de supervision

La plupart des MSU étaient d'accord pour décrire la SODEV comme étant difficile à prévoir dans leur emploi du temps.
Le nombre de séances proposées (de trois supervisions vidéo dans le semestre) semblait adapté. Un MSU a proposé le nombre de deux séances dans le semestre.

La question « Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est utile » a partagé les MSU ; les réponses sont équilibrées entre le positif et le négatif.
Ils sont pour la plupart d'accord sur le fait que la visualisation des vidéos en amont de la séance est chronophage.

La séance de supervision

Les MSU étaient plutôt en défaveur de la réalisation de la séance de supervision le même jour que les enregistrements.
Globalement, les MSU étaient positifs quant à l'utilisation de la grille de Calgary Cambridge : elle « structure la supervision », est « simple d'utilisation », « elle permet

d’explorer la globalité des tâches » et « elle permet d’explorer chaque tâche séparément ».
Les modifications de présentation que nous avons apporté à la grille pour l’expérimentation ont satisfait les MSU.

La confrontation des grilles de Calgary Cambridge, préalablement remplies par le MSU et l’interne ont été utile à la supervision.

Les maîtres de stage sont majoritairement d’accord sur le fait que la SODEV permet de définir des objectifs d’amélioration des compétences, mais également qu’il s’agit d’une technique chronophage.

Les durées de supervision allaient d’une à deux heures. Un MSU avance la durée de 50 minutes par consultation supervisée, à l’aide de la vidéo.
La plupart des MSU faisaient réaliser les enregistrements vidéo le matin.
Enfin, les MSU étaient majoritairement d’accord sur l’importance d’une bonne relation entre le binôme maître de stage/interne.

Un MSU a procédé un peu différemment de ce que le protocole proposait, il explique : « Le temps nécessaire pour que l'interne revoit les vidéos, en sélectionne trois que le MSU revoit me parait trop long. En pratique, l'interne a fait les enregistrements le matin, visionné le midi et une voire deux vidéos ont été analysées par le MSU et l’interne directement lors de l'heure de supervision ».

L’intérêt formatif de la SODEV

Selon les MSU, les réponses sur le chapitre « intérêt formatif » ont été majoritairement « plutôt oui » ou « tout à fait ».
La SODEV permet d’explorer toutes les tâches décrites dans la grille, d’explorer la communication à la fois verbale et non verbale de l’interne. Elle permet aussi de faire prendre conscience à l’interne des tâches acquises et à acquérir, et également de vérifier l’acquisition des compétences. La compétence relationnelle médecin/patient est analysable par la SODEV. Aussi, les MSU décrivaient que l’utilisation de la vidéo,

par rapport à une supervision indirecte, est une aide favorisant la qualité de la supervision et l'acquisition des compétences.

Les avis étaient partagés concernant l'utilité de l'enregistrement de l'examen clinique.

Un MSU témoigne : « Concernant l'exploration de la communication verbale et non verbale, la SODEV ne permet pas à proprement parler l'exploration de la communication qui me paraît plus facile en supervision directe (gestuelle et communication non verbale accompagnent l'examen clinique), en revanche elle est extrêmement révélatrice pour l'interne. Concernant la vérification de la progression d'acquisition des compétences, il s'agit probablement d'un moyen de travailler la compétence communication, relation médecin-malade, centrage patient, mais il faudrait une synthèse des apprentissages réalisés par l'interne. »

Un autre MSU explique : « Il me semble plus facile de parler de la formation "clinique" en supervision indirecte alors que la vidéo est très utile dans le relationnel, le savoir être ».

Concernant les internes

Six internes ont complété la grille d'évaluation de l'expérience. Trois internes n'ont pas répondu, sans en donner la raison.

Le protocole

Le internes semblaient trouver le protocole clair et explicite.
La présentation de la méthode au patient avant la consultation était simple.
Les précautions informatiques proposées dans le protocole semblaient adaptées aux internes.

Le matériel technique

Les internes trouvaient la caméra d'action facile d'utilisation.
Le trépied n'a pas été utilisé par deux internes et son utilité parait limitée.

La manipulation de la carte SD et la déconnexion des réseaux sont plutôt simples mais un interne n'a pas répondu en précisant qu'il s'agissait plutôt d'une réponse à donner par le MSU.

La lecture des vidéos n'a pas majoritairement posé de problème, mais la sélection de séquences précises semble avoir mis en difficulté la plupart des internes.
La qualité vidéo a semblé suffisante pour la majorité des internes, au détriment d'une qualité audio jugée insuffisante.

La destruction des vidéos est jugée très simple.

Pour rappel, un binôme MSU/interne a dû utiliser des enceintes audio pour améliorer la qualité sonore lors de la supervision.

L'impact de la présence de la caméra

Les internes étaient plutôt d'accord sur un intérêt supérieur à débuter l'enregistrement au moment de l'entrée du patient, plutôt qu'avant son arrivée dans le cabinet.
Ils sont également tous d'accord sur le fait qu'à la fois l'interne et le patient s'affranchissent facilement de la caméra. Un interne précise en commentaire : « Concernant l'impact de la présence de la caméra sur l'interne, il y a un temps d'adaptation, dans les 5 minutes on l'oublie ».

Le fait d'occulter la caméra en cas de présence du divan d'examen dans le champ de vision n'a pas semblé poser de problème, mais deux internes n'ont pas répondu à cette question.

Il semble qu'effectuer un enregistrement par consultation soit la méthode privilégiée par les internes. Un interne précise en commentaire : « Il est plus simple pour la relecture de faire un enregistrement = une consultation ».

La préparation de la séance de supervision

Les internes semblent trouver que prévoir la supervision dans l'emploi du temps est peu aisé.
Le nombre de séances d'enregistrement/supervision proposé dans le protocole paraît adapté. Un interne n'a pas trouvé le nombre adapté, tout en ne proposant pas d'autre option.
La visualisation des vidéos en amont de la supervision est utile mais chronophage selon les internes.

Un interne propose : « Visualiser les enregistrements est chronophage pour trois enregistrements, mais ce serait peut-être moins chronophage s'il n'y avait qu'un seul enregistrement, mais avec plus que trois séances dans le semestre ».

La séance de supervision

Les internes ont, pour la plupart, jugé que la séance de supervision est réalisable le jour des enregistrements.

Les internes ont jugé que la grille de Calgary-Cambridge structure bien la supervision, mais est peu aisée d'utilisation. La grille permet d'explorer la globalité des tâches, mais aussi tâche par tâche séparément.

Un interne précise son avis sur la grille : « Pas simple l'utilisation de la grille de Calgary, il faudrait sûrement se concentrer sur chaque consultation sur une sous-partie (la grille est longue) afin d'en tirer des objectifs (ou sinon cela nécessite plusieurs heures si on veut bien tout analyser).
La relecture est chronophage mais indispensable ; je pense qu'une évaluation fixée sur une partie serait mieux et permettrait de fixer des objectifs précis »

L'échelle de Likert utilisée dans notre modification de présentation a été considérée comme adaptée.
L'utilité de la confrontation des grilles remplies par l'interne et le MSU au moment de la séance reçoit des avis très partagés, positifs et négatifs.

Les internes perçoivent la SODEV comme un moyen de définir simplement des objectifs d'amélioration de compétences, mais ont des avis partagés sur son caractère chronophage.
Les séances de supervision durent en moyenne une heure.
Ces séances sont plutôt à réaliser le matin. Un interne précise que le choix du moment de réalisation des enregistrements (matin ou après-midi) dépend plutôt de l'organisation du cabinet.

Enfin, une bonne relation entre le MSU et l'interne est nécessaire au bon déroulement des séances de SODEV.

L'intérêt formatif de la SODEV

La grande majorité des questions posées dans ce chapitre ont entraîné des réponses « plutôt oui » ou « tout à fait ».
La vidéo, selon les internes, permet : d'explorer les tâches décrites dans la grille de Calgary-Cambridge, d'explorer les communications verbales et non-verbales, de faire prendre conscience des tâches acquises et à acquérir, de vérifier la progression de l'acquisition des compétences, et d'analyser la compétence relationnelle médecin-patient.

Les internes, pour la plupart, pensent que l'enregistrement vidéo de l'examen clinique pourrait être utile.

Enfin la SODEV, par rapport à la supervision indirecte, est une aide à la qualité de la supervision, ainsi qu'à l'acquisition des compétences.

Un interne nous apporte son ressenti par rapport à la technique : « La vidéo est un gros apport concernant la communication non verbale (l'attitude, les tics) et la communication verbale (concernant la relation médecin/patient). C'est la deuxième fois dans mes études que je l'utilise et ce sont les seules fois où l'on a pu évaluer ces aspects là (très importants dans notre métier).
En ce qui concerne l'examen clinique, son apprentissage se fait plutôt en binôme en consultation (en rectifiant les gestes de l'étudiant-interne) qu'en vidéo ».

Analyse et Discussion

Méthodologie et limites

La grille d'évaluation du protocole a été conçue et utilisée pour avoir un aperçu des conditions d'utilisation et un retour d'expérience du MSU et de l'interne. Ces résultats ont pour but d'ouvrir des pistes de réflexion pour améliorer le protocole.
Les items de ce questionnaire étaient évalués sur une échelle de Likert à quatre niveaux (« Pas du tout », « Plutôt Non », « Plutôt Oui », « Tout à Fait »). L'utilisation d'un questionnaire à deux entrées (« Oui », « Non ») aurait permis de simplifier la lecture des résultats, dans la mesure où la réalisation d'une analyse statistique n'était pas envisageable du fait d'un effectif insuffisant.

La réalisation concomitante d'une étude qualitative par un deuxième investigateur, auprès des MSU et des internes, aurait permis une exploitation approfondie du retour d'expérience.

La mise en place de l'expérimentation

Les MSU

Le recrutement des maîtres de stage participants à l'expérimentation a fait appel au volontariat. La majorité de ces praticiens ont un lien direct avec le Département de Médecine Générale (tuteurs d'ED, professeurs, praticiens associés, etc…).
Ce recrutement est donc responsable d'un important biais de sélection pouvant, à notre sens, influer positivement sur la motivation et l'assiduité des participants.

Il serait probablement utile de réitérer l'expérience sur une plus large population de maîtres de stage, qui n'auraient pas forcément d'autre lien avec le DMG que leur engagement dans la maîtrise de stage.

La formation

Le contenu de la formation dispensée en mars 2017 a été conçu de façon intuitive, afin de permettre aux maîtres de stage participants de manipuler des caméras d'action GoPro®, apprendre à déconnecter leur ordinateur personnel des réseaux filaires et non-filaires pour utiliser les données en toute sécurité, et s'approprier les techniques de supervision à l'aide la vidéo et de la grille de Calgary-Cambridge.

La formation a été dispensée par le Pr NGUYEN-THANH, le Dr Pascal BOULET, et l'auteur de cette thèse.

Le temps utilisé pour la formation, d'environ 3h, était relativement court et n'a pas permis d'aborder toutes les thématiques qui étaient prévues, notamment sur une manipulation suffisante des caméras. La formation de binômes n'a également pas été possible pour la supervision, qui a dû se faire en groupes.

Il serait pertinent de prévoir plus de temps pour la formation des MSU voulant utiliser la SODEV.
Un « module SODEV » intégré à la formation initiale en maîtrise de stage des médecins généralistes souhaitant devenir MSU pourrait être une manière d'initier le plus grand nombre à la méthode ?

La communication avec les MSU

<u>L'adresse courriel a permis une bonne communication avec les maîtres de stage</u>.

Il y a eu un envoi de deux courriels de rappel pour les deux premières séances d'enregistrement à 1 et 3 mois du début du stage, et quatre courriels de relance pour la troisième et dernière séance, afin de récupérer un maximum de questionnaires retour.
Des questions courantes (tels que des précisions sur le matériel ou sur le protocole) ont été posées, et les réponses adéquates ont pu être apportées.

Cette adresse a également permis l'envoi des fichiers nécessaires au déroulement de l'expérimentation (fiches de consentement internes et patients, protocole, grille de Calgary-Cambridge adaptée, questionnaire de retour d'expérience).

Les internes

Les internes en SASPAS chez les MSU participants ont été recrutés après explication du protocole et recueil du consentement par écrit.
Il n'y a pas eu à notre connaissance de refus de participation (peut être un biais de sélection lié à la peur du refus quant à la validation du stage ?).

Notre choix s'est porté plutôt sur des internes en SASPAS que des internes de premier niveau. Ce parti pris constitue un nouveau biais de sélection de la population d'internes visés par l'étude.

Nous pensons que ce protocole devrait être testé également sur des stagiaires de premier niveau, afin de vérifier si l'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge est adaptée. Le protocole dans sa présentation actuelle devrait-il être modifié pour pouvoir être appliqué aux stages de niveau 1 ?

Le protocole

L'aspect légal

Notre première difficulté était de s'assurer que l'expérience pouvait être conforme sur un plan légal.
Notre rencontre avec la correspondante CNIL de l'université nous a permis d'aboutir, via une procédure simplifiée (l'inscription au registre de l'université), en accord avec la loi du 6 janvier 1978 (notamment la notion de « consentement express »), à une sécurisation légale du protocole.

Cette procédure peut tout à fait être reproduite dans d'autres universités, afin d'étendre les expérimentations voire les intégrations dans les programmes pédagogiques de ce type de protocole.

Par ailleurs, la correspondante informatique et liberté de l'université a souligné que chaque MSU participant (et normalement tout médecin équipé d'un dossier médical informatique) doit bien être en conformité quant à la déclaration de son propre fichier patient auprès de la CNIL (en allant sur le site internet de la CNIL et remplir la « Déclaration simplifiée NS50 »).

La conception du protocole

N'ayant pu trouver de protocole déjà existant dans notre bibliographie, nous avons dû entièrement le créer.

Le protocole a été conçu majoritairement en se basant sur les autres expériences françaises réalisées et les données de littérature retrouvées.

L'avis des participants

Les participants à l'expérience (tant MSU qu'internes) ont majoritairement été satisfaits de la présentation du protocole tel qu'il a été conçu, l'ont trouvé clair, et les mesures de protection des données de santé adaptées.

L'explication de la méthode au patient avant la consultation n'a pas semblé poser de problème.

Le matériel utilisé

La caméra d'action a été plébiscitée pour sa facilité d'utilisation et sa qualité d'enregistrement vidéo.

Néanmoins, les MSU et les internes se sont plaints d'une mauvaise qualité audio lors de la visualisation (son très bas malgré le volume au maximum).

Après plusieurs essais, il semblerait que ces différences en confort d'écoute soient plutôt dûes :
-soit à un problème de logiciel informatique (à titre d'exemple, pour une même vidéo, la qualité est médiocre avec un ordinateur fonctionnant sous *Microsoft Windows*™ avec le logiciel *VLC*™, alors qu'excellent avec un *Apple MacBook*™ et le logiciel *QuickTime™)*
-soit une différence de qualité matérielle en termes de carte son interne
L'ajout d'enceintes pourrait être une solution en cas de problème persistant.

La lecture des vidéos a semblé compliqué pour plusieurs participants. Un des MSU explique avoir été gêné pour trouver un bon logiciel de lecture. Les systèmes d'exploitation actuels utilisent normalement un logiciel de lecture vidéo par défaut.
Il s'agit là plus d'un problème de logiciel que de protocole.

Le trépied semble avoir été très accessoire, plusieurs MSU et internes n'en ont pas utilisé.

La déconnexion des réseaux n'a globalement pas posé de problème, mais un MSU a expliqué avoir eu des difficultés car son ordinateur sert de serveur dans son cabinet (la déconnexion coupant alors l'accès aux fichiers patients partagés pour les autres praticiens du même cabinet). Dans ce genre de situation, l'utilisation d'un ordinateur portable ou fixe ne faisant pas office de serveur est préférable.

Les manipulations de la carte SD et de son adaptateur, et la destruction des vidéos n'ont pas été des facteurs limitant selon les participants.

Une caméra fournie par le DUMG était défectueuse. Ceci a été découvert par un des MSU qui a fait part de ce dysfonctionnement par le biais de l'adresse courrielle. La caméra a été remplacée en service après-vente.

Il est à noter que les caméras disponibles au prêt ont été principalement utilisées lors de la première séance d'enregistrement. La quasi-totalité des MSU a, pendant les 6 mois de stage, fait l'acquisition d'une caméra GoPro®, et n'ont donc pas sollicité le DUMG pour un prêt.

La présence de la caméra

La présence de la caméra n'apparaît pas gênante pour le déroulement de la consultation. Les maîtres de stage et les internes ont en majorité coché les cases « plutôt oui » ou « tout à fait » aux questions portant sur « le patient/l'interne s'affranchit facilement de la présence de la caméra ».

Deux internes ont également écrit en commentaires que certains patients oublient la présence du dispositif et l'enregistrement au point de commencer à se déshabiller dans le champ visuel de la caméra.

Ces données vont dans le sens de ce qui est décrit dans la littérature internationale : Herzmark (28) décrit en 1985 que la majorité des 285 patients filmés dans son étude ne trouve pas que la qualité de la consultation soit altérée par la présence d'un enregistrement vidéo. Egalement, Campbell (24) évoque un taux de refus d'environ 10% de la part des patients.
Pour ce qui est des internes, les réponses observées sont concordantes avec la littérature française : Dumange, Houdusse et De Jongh le décrivent bien dans leurs travaux (34–36), avec une excellente habituation à la présence de la caméra.

Les internes et les MSU sont également en faveur d'un enregistrement à débuter à chaque nouvelle consultation plutôt qu'un enregistrement continu. Cela montre donc que la présence de la caméra est rapidement oubliée.

La préparation de la séance de supervision

La majorité des internes et MSU trouvent que la SODEV est difficile à prévoir dans l'emploi du temps, et que la préparation à la séance de supervision est chronophage.
Les MSU sont partagés quant à l'utilité d'une préparation en amont de la supervision, tandis que les internes trouvent cette préparation plutôt utile.
Le nombre de trois séances de supervision apparait majoritairement adapté tant pour les internes que les MSU.

Un interne a proposé de réaliser plus de trois séances de supervision sur le semestre, mais en n'analysant qu'une seule consultation à la fois.
Dans une étude de 1992 réalisée par Del Mar et Isaacs (39), des étudiants en médecine générale Australiens ayant participés à une séance de SODEV pendant leur cursus de 4 ans, exprimaient leur souhait de bénéficier de séances supplémentaires, tant l'expérience avait été perçue comme positive sur leur apprentissage.

Un maître de stage ne visionnait pas les enregistrements de l'interne avant la séance de supervision et faisait ses remarques et conseils en direct.

La prévisualisation des enregistrements est-elle pertinente et utile pour le MSU ? La question mériterait d'être posée dans le cadre d'un travail ultérieur, afin d'évaluer son intérêt pédagogique pour l'interne.

Il semble par contre raisonnable de maintenir l'autoévaluation par l'interne, son apport pédagogique a été démontré par Augustin Houdusse dans son travail de thèse (35).

La séance de supervision

Il a semblé difficile pour les MSU d'intégrer la séance de supervision vidéo dans la même journée que les enregistrements, ce qui n'était pas perçu comme une difficulté particulière pour les internes.

Peut-être cela est-il dû à une gestion et une perception différente de son emploi du temps par le médecin généraliste installé, par rapport à l'étudiant en stage en autonomie ?

Les internes et MSU réalisaient plutôt les enregistrements le matin, avec une analyse l'après-midi.
Les durées de supervision exprimées par les MSU variaient d'une à deux heures, en accord avec le temps exprimé par les internes.

Une nouvelle fois, l'aspect chronophage de la méthode est soulevé, unanimement.

La grille de Calgary-Cambridge : Un outil validé

La grille de Calgary-Cambridge est un outil validé et internationalement reconnu. Elle comporte 64 items répartis en six temps de l'entrevue médicale. Des internes et des maîtres de stage ont évoqué une certaine lourdeur de l'utilisation de la grille dans sa totalité.
Certains ont évoqué la possibilité d'utiliser la grille partiellement, en fonction des tâches plus ou moins lacunaires chez l'étudiant.
Les internes ont été moins à l'aise avec l'utilisation de cet outil. Ceci pourrait être expliqué par leur moins bonne connaissance de cette grille, par rapport à des MSU formés à la pédagogie, et ayant déjà été confrontés à son utilisation.

Un interne propose, sur plusieurs consultations, de se focaliser sur une sous-partie de la grille afin d'en tirer des objectifs précis.

Nous proposons donc, pour de futures utilisations, l'analyse complète d'une consultation avec l'ensemble de la grille lors de la première séance de SODEV du semestre ; puis une utilisation partielle en fonction des tâches et compétences spécifiques que le MSU (ou l'interne selon son auto-évaluation) propose de travailler et améliorer.

Nous avons décidé d'utiliser la grille de Calgary-Cambridge pour sa validité. D'autres solutions pourraient être envisagées afin d'améliorer le déroulement des séances de supervisions.

Dans un article de 1991, Pinsky (40) propose une liste de propositions pour aider à la tenue d'une séance de supervision. (Original et traduction en Annexe 7) Cette aide à la tenue d'une séance de supervision est intuitive et aborde principalement l'auto-évaluation de l'interne.

Actuellement, le Collège Haut-Normand des Généralistes Enseignants (CHNGE), en collaboration avec le DUMG de Rouen, évalue les stagiaires de premier niveau et en SASPAS à l'aide d'une nouvelle grille d'évaluation qui réalise une approche par compétences (il n'y a une validation qu'au niveau régional). Cette grille pourrait être testée lors d'une séance de supervision vidéo (Annexe 8), et, comme la grille de Calgary-Cambridge dans notre expérience, servir de support en totalité ou en partie.

L'intérêt formatif de la SODEV

Dans l'ensemble des réponses, MSU et internes plébiscitent la SODEV pour son apport sur la formation. L'un des atouts majeurs est l'apport sur la communication verbale et non verbale, et l'analyse de la compétence relationnelle.

La vidéo apparait suffisante pour permettre une analyse de toutes les tâches décrites dans la grille de Calgary-Cambridge.

Concernant le fait de filmer l'examen physique, les MSU y sont plutôt défavorables tandis que les internes y trouvent un intérêt. Peut-être peut-on l'expliquer par une volonté des internes de perfectionner leurs techniques d'examen physique ?

Un interne explique que selon lui, l'apprentissage de la communication est plus simple avec la SODEV, alors que le perfectionnement des techniques d'examen clinique est plus facilement évaluable en supervision directe avec présence du MSU

Les maîtres de stage avancent plutôt un apport important de la SODEV pour l'exploration des compétences communicationnelles, tandis que la supervision indirecte ou directe avec la présence du MSU permettrait plutôt d'étudier les compétences techniques/cliniques de l'interne. L'apport de la SODEV sur la communication de l'apprenant est déjà bien connu (41).

La SODEV est majoritairement (internes et MSU confondus) perçue comme une aide à la qualité de la supervision, et une aide à l'acquisition des compétences.

Ces données sont largement corroborées par l'abondante littérature sur la SODEV, concernant notamment les atouts pédagogiques de cette méthode (1,4,5,42,43).

L'aspect chronophage de la SODEV

Le seul frein majeur et récurrent mis en exergue lors de cette expérimentation est l'aspect chronophage.
En effet, quelles que soient les études, la SODEV est toujours décrite comme une méthode consommant beaucoup de temps lors de la formation.

Néanmoins, ce point négatif est largement compensé par les atouts pédagogiques indiscutables de la méthode.

Alors comment dépasser cette limite ?

Notre proposition est la suivante :
Il faudrait prévoir en avance, dans le planning, une journée dédiée à la SODEV.
L'interne effectuerait ses enregistrements, préférentiellement le matin, et analyserait ses vidéos, plutôt en début d'après-midi (et donc prévoir l'absence de consultations pendant ce moment).
Le MSU pour sa part devrait prévoir dans son emploi du temps, pour cette journée, des consultations en début d'après-midi et réserver la deuxième moitié de cette demi-journée du temps libre pour une séance de supervision avec l'interne, celle-ci pouvant durer jusqu'à deux heures.

Cet investissement dans la formation de l'interne est, à notre sens, tout à fait adapté aux missions du MSU.
Aux vues des qualités et apports pédagogiques de la méthode, réserver trois demi-journées sur un semestre nous parait acceptable et envisageable.

Quel avenir pour la SODEV ?

Constitution d'un groupe national de travail sur la SODEV

En parallèle de la présente étude, le DUMG de Rouen a initié, en collaboration avec le CNGE, la constitution d'un groupe de travail national portant sur la supervision vidéo.
Ce groupe a pour objectif de développer et formaliser la SODEV, afin d'étendre cette méthode pédagogique aux différents DUMG de France.

Etudes supplémentaires

La SODEV peut donc être mise en place simplement, sous couvert de temps pédagogiques dédiés, dans les cabinets ambulatoires des médecins généralistes maîtres de stage.
Il faut maintenant déployer à plus large échelle cette technique.

Des études complémentaires, multicentriques (à l'échelle des DMG), devraient être réalisées afin d'améliorer les protocoles pour permettre une standardisation nationale de la SODEV.

Nouvelle réforme 2017 du DES de Médecine Générale

On peut tout à fait imaginer l'intégration de la SODEV dans le portfolio de la nouvelle réforme du DES de médecine générale, en tant que trace optionnelle du perfectionnement de l'interne, notamment sur la compétence relationnelle.
Une vignette serait produite par l'étudiant à l'issue de chaque supervision et synthétiserait les objectifs atteints et ceux à travailler. Le MSU et/ou le tuteur du Groupe d'Echange de Pratique (GEP) pourraient ainsi évaluer la progression de l'interne. On pourrait alors envisager une évaluation de la progression entre le stage niveau 1 et le SASPAS.

Aller plus loin dans la formation à l'aide de l'outil vidéo

Au-delà de l'intérêt formatif à destinée des internes, un autre aspect de la supervision vidéo mériterait d'être étudié : la supervision de la rétroaction.

En effet, l'interne étant supervisé lors de la séance de rétroaction par le MSU, il pourrait essayer de filmer la séance de rétroaction afin de faire une évaluation de la qualité de supervision. Un référent pédagogique du DMG pourrait très bien évaluer la performance de supervision du MSU, soit en formation initiale, lors des « journées MSU », soit en formation continue pour "recertifier" les compétences pédagogiques.

Une grille permettant l'évaluation des compétences pédagogiques du superviseur a été élaborée par l'équipe Johanna Sommer en 2015 (44), sur le modèle de la grille de Calgary-Cambridge. Cet outil permettrait une évaluation objective, ou une autoévaluation du superviseur.

Conclusion

La mise en place de la SODEV, dans les cabinets de médecine générale des MSU non préalablement équipés est, selon notre étude, tout à fait réalisable.

Cette mise en place nécessite plusieurs conditions, à savoir :
-un cadre légal et clair protégeant les patients,
-un protocole établi et formalisé, garantissant l'application des conditions nécessaires à la sécurisation des données de santé générées,
-la formation des maîtres de stage tant sur le plan technique que pédagogique.
-l'aménagement du planning de l'interne et du superviseur afin de ne pas alourdir la charge de travail, à la fois de l'étudiant mais aussi du maître de stage.

L'acceptation de la vidéo, tant de la part des patients que des internes semble excellente.

La SODEV est une technique pédagogiquement efficace, éprouvée et utilisée de longue date dans de nombreux autres pays. En France, il faut maintenant promouvoir une plus large utilisation de la supervision vidéo et aller au-delà des craintes suscitées par l'arrivée de nouvelles méthodes de travail.

Cette étude pourra servir de base de travail pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques pour l'utilisation de la SODEV, au niveau national, et ainsi implanter la méthode dans les différents Départements de médecine Générale.

La supervision vidéo peut être utilisée à but formatif dans la nouvelle réforme du DES de Médecine Générale, qui aborde une formation axée sur le suivi de l'acquisition des compétences par l'intermédiaire d'un portfolio.
Pour encadrer l'évaluation de la compétence relationnelle, un nombre de séances de supervision vidéo tracées dans le portfolio devra être défini au préalable.

Enfin, dans le cadre de la mise en place de la nouvelle réforme 2017 du DES de Médecine Générale, les défis pédagogiques à relever sont énormes. Il faut

maintenant avoir la volonté, personnelle et collective, de "bousculer" nos habitudes de travail et nos méthodes de formation. C'est sans doute le plus grand défi à relever car, au-delà de l'appropriation d'une nouvelle technique, c'est surtout l'envie, la volonté d'adapter et de faire évoluer un protocole de formation et d'évaluation qui sont en jeu.

Démocratiser la SODEV est un objectif, certes ambitieux, mais qui favorisera une formation de qualité pour les futurs spécialistes en médecine générale.

Bibliographie

1. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. Br Med J. 23 juin 1979;1(6179):1686-8.
2. Kleffner JH, Hendricson WD, Littlefield JH, Hudepohl N. Videotape review: a valuable tool for self-assessment of teaching skills. J Biocommun. nov 1985;12(4):4-7.
3. Moulene MV, de Lusignan S, Freeman G, van Vlymen J, Sheeler I, Singleton A, et al. Assessing the impact of recording quality target data on the GP consultation using multi-channel video. Stud Health Technol Inform. 2007;129(Pt 2):1132-6.
4. Hammoud MM, Morgan HK, Edwards ME, Lyon JA, White C. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. Adv Med Educ Pract. 2012;3:19-30.
5. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J Clin Res Ed. 14 juin 1986;292(6535):1573-6.
6. Jacquet J-P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. Pédagogie Médicale. 1 nov 2003;4(4):199-201.
7. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ. oct 2000;34(10):827-40.
8. Boulet P, Nguyen Thanh P. Compte rendu- CNGE atelier SODEV.
9. Rouland P. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient: étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2016.
10. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.
11. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
12. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai 16, 1997.
13. Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 - 2004 04 26 Circulaire DGS-DES-2004 n°192 Organisation du SASPAS.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2016]. Disponible sur: https://bv.univ-poitiers.fr/access/content/group/edb1a182-b8f3-4062-aa81-5283b64b421a/resspub/1%20Textes%20officiels/2004%2004%2026%20Circulaire%20DGS-DES-2004%20n%C2%B0192%20Organisation%20du%20SASPAS.pdf
14. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. Med Teach. févr 2007;29(1):2-19.

15. Petite E, Esturillo G. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble: identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
16. Holmwood C. Direct observation. A primer for supervisors of doctors in training. Aust Fam Physician. févr 1998;27(1-2):48-51.
17. Kadushin A, Harkness D. Supervision in Social Work. Columbia University Press; 2014. 429 p.
18. Papireddy MR, Han H, Hingle ST, Koschmann T, Ferguson JA, Sandstrom S. The Resident Audio Recording Project: A 3-Step Process to Improve Clinical Communication Skills. J Grad Med Educ. juin 2014;6(2):367-9.
19. Guidelines for doctors on the use of videorecordings of consultations between doctors and patients, and of other medical procedures for the purposes of training and assessment. General Medical Council.; 1994.
20. Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. Patient Educ Couns. oct 2014;97(1):59-66.
21. Durieux W. La supervision, une occasion privilégiée pour apprécier le raisonnement clinique [Internet]. Présentation Power Point présenté à: Supervision des stages; 8° Congrès national du CNGE à la Faculté d'Angers. Disponible sur: http://cnge2008.free.fr/supervisiondesst/index.html
22. Wouda JC, Zandbelt LC, Smets EMA, van de Wiel HBM. Assessment of physician competency in patient education: reliability and validity of a model-based instrument. Patient Educ Couns. oct 2011;85(1):92-8.
23. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. BMJ. 17 avr 1993;306(6884):1043-6.
24. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. Br J Gen Pract. mars 1995;45(392):137-41.
25. Bain JE, Mackay NS. Videotaping of general practice consultations. BMJ. 7 oct 1995;311(7010):952.
26. Servant JB, Matheson JA. Video recording in general practice: the patients do mind. J R Coll Gen Pract. déc 1986;36(293):555-6.
27. 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.
28. 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.
29. Durieux W. La supervision: un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale [Thèse]. [Bordeaux, 1998, France];
30. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie médicale. 3 févr 2002;33-7.
31. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale: opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur

communication au moyen de l'enregistrement vidéo [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
32. Guide Calgary cambrige.
33. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication: enquête qualitative auprès de maîtres de stage [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
34. Dumange L, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. 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. [France]; 2014.
35. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
36. Jongh N de, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. 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. [France]; 2014.
37. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. mars 1996;30(2):83-9.
38. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2003;78(8):802-9.
39. Del Mar C, Isaacs G. Teaching consultation skills by videotaping interviews: a study of student opinion. Med Teach. 1992;14(1):53-8.
40. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. J Gen Intern Med. nov 2000;15(11):805-10.
41. Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, Melgar T, Speece M, Schubiner H, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juill 1996;71(7):744-8.
42. Bölter R, Freund T, Ledig T, Boll B, Szecsenyi J, Roos M. Video-assisted feedback in general practice internships using German general practitioner's guidelines. GMS Z Für Med Ausbild [Internet]. 15 nov 2012 [cité 12 déc 2016];29(5). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525913/
43. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, Gunvar T, Yildirim E, Sisli Z, et al. Is the use of videotape recording superior to verbal feedback alone in the teaching of clinical skills? BMC Public Health. 2009;9:474.
44. Sommer J, Lanier C, Perron NJ, Nendaz M, Clavet D, Audétat M-C. A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient-centered approach. Patient Educ Couns. avr 2016;99(4):600-9.

Annexe 1 : Formulaire d'inscription au registre CIL de l'université

Fiche du Registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Rouen

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE	**Traitement n°: 2017-DMG formation - Inscription au registre de l' université**	
Mis en œuvre par : Le président de l'université de Rouen Normandie, 1 rue T. Becket 76821 Mont Saint Aignan cedex		
Finalité principale	Formation des étudiants du diplôme d'études supérieures de médecine genérale de normandie de l'université Rouen Normandie	
Détails des finalités	Dans le cadre de la formation des étudiants du DES (Diplôme d'études supérieures), le département de Médecine générale de Rouen a décidé de mettre en place un protocole de supervision par vidéo pour les maîtres de stage de médecine générale en ambulatoire. Actuellement, les internes de médecine générale en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), réalisé au cours de la dernière année de formation, permet une mise en autonomie progressive de l'étudiant et de le confronter à l'exercice réel de la médecine générale. L'intérêt pédagogique réside dans la réalisation de séances de supervision dite indirecte, où l'interne et l'Enseignant Clinicien Ambulatoire – Maître de Stage des Universités (ECA-MSU) discutent des patients pris en charge. La supervision indirecte permet également d'apprécier certaines compétences de l'interne, afin de les améliorer. La supervision indirecte ne permet pas, néanmoins, d'observer les compétences relationnelles et de communication de l'interne. Depuis plusieurs années, de nombreux pays (Canada, Royaume-Uni, Pays-Bas, ...) utilisent largement la technique de Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV). Cette technique utilise l'enregistrement vidéo afin d'évaluer de manière authentique de les compétences requises, et d'identifier les éventuelles améliorations à apporter.	
Date de mise en œuvre	Mise en œuvre le 10 juin 2017	
Service chargé de la mise en œuvre	Universite de Rouen Normandie, département de médecine générale, 25 bd Gambetta Rouen	
Fonction et coordonnées (personne ou service) pour l'exercice du droit d'accès	Universite de Rouen Normandie, département de médecine générale 25 bd Gambetta, Rouen, secrétariat.médecinegenerale@univ-rouen.fr copie au correspondant informatique et libertés, cil@univ-rouen.fr	
Modalités d'information et d'exercice des droits des personnes	L'information du patient est faite au début de la consultation	
Modalités de recueil du consentement	Le recueil du consentement exprès est fait au début de la consultation par la signature d'un formulaire de consentement.	
Catégories et estimation du nombre de personnes concernées par le traitement	Les patients ayant consenti aprèsinformation à l'enregistrement de leur consultation par l'interne.	
Catégories de données traitées	Etat civil :	Origine de la collecte :
	Vie personnelle :	Origine de la collecte :
	Vie professionnelle :	Origine de la collecte :
	Infos économiques et financières :	Origine de la collecte :
	Données de connexion :	Origine de la collecte :
	Données de localisation :	Origine de la collecte :
	Numéro de sécurité sociale :	
	Données biométriques :	Origine de la collecte :
	Données génétiques :	Origine de la collecte :
	Infractions, mesures de sûreté :	Origine de la collecte :
	Appréciations difficultés sociales :	Origine de la collecte :

Fiche de registre établie selon les prescriptions de la référence EOR11
de la délibération n°2014-500 de la CNIL

CIL

Imprimé 01/11/17 2:04 y11/P11

Fiche du Registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université de Rouen

	Données de santé : Enregistrement vidéo de la consultation (image et son)	Origine de la collecte : L'enregistrement vidéo est réalisé lors d'une consultation dans le cabinet de médecine générale d'un maitre de stage de l'université Rouen Normandie
	Données sensibles :	Origine de la collecte :
Catégories de destinataires	Les vidéos seront visualisées uniquement par l'interne et le maître de stage dans une séance de supervision pédagogique, réalisée dans la même journée que l'enregistrement.	
Durée de conservation :	Les données sont supprimées après la séance de supervision qui suit la consultation enregistrée. Si La supervision ne peut pas avoir lieu après la consultation la carte SD est conservée sous clef dans le cabinet médical	
Régime juridique applicable Date de dépôt des formalités Date de décision de la CNIL	Inscription au registre de l' université le 9 juin 2017 -	
Dispositions en vue d'assurer la sécurité des données	Les données sont enregistrées sur la carte mémoire de la caméra. la carte est lue sur un ordinateur qui n'est pasconnecté à Internet; la lecture se fait directement à partir de la carte mémoire sans copie sur l'ordinateur. La supervison a lieu obligatoirement au cabinet médical.	
Transfert hors-UE Finalité Catégories de données Nature des données Catégories et pays d'établissement des destinataires Nature des traitements opérés Encadrement du transfert (BCR, Safe Harbor,...)		
Sous-traitance Date du contrat comportant les clauses « Informatique et liberté »		
Analyse de risques Niveau de gravité et de vraisemblance		
Utilisation de cookies		
Mises à jour : date, objet		

Remarques : Contatc : Directeur du département universitaire de médecine générale, tel 0235148446

L'inscription au registre s'appuie sur l'article 8 II 1 de la loi du 6 janvier 1978, "les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès"
Confirmation de la démarche par le service des correspondants de la CNIL; Marjorie MENAPACE
Juriste, Service des correspondants Informatique et Libertés, 01 53 73 23 86

Déroulement d'une séquence :
1) Mise en place technique du matériel : la caméra d'action est disposée par l'interne dans le cabinet de manière à visualiser l'entretien entre le patient et l'étudiant. Le divan d'examen est hors champ.
2) L'étudiant proposera à chaque patient l'enregistrement vidéo de la consultation lors d'une demi-journée de consultation. Il expliquera les objectifs pédagogiques et les conditions de réalisation, ainsi que de sécurisation des données. Il remettra au patient une fiche d'information, et recueillera son consentement express écrit.
3) L'étudiant effectuera la consultation après avoir démarré l'enregistrement vidéo.

4) Le patient garde la possibilité à tout moment d'interrompre l'enregistrement et de demander sa suppression
5) La consultation se termine et l'interne interrompt l'enregistrement.
6) A la fin de la demi-journée, afin de visualiser les vidéos, l'interne transfert la carte mémoire sur un ordinateur situé à l'intérieur du cabinet, et préalablement déconnecté des réseaux internet (Wifi, Bluetooth, filaire)
7) Les vidéos ne sont pas copiées à partir de la carte mémoire.
8) L'interne visualise les enregistrements et sélectionne une ou plusieurs consultations.
9) Le maitre de stage visualise les consultations
10) Le maître de stage supervise l'interne en visualisant avec lui la ou les consultations.
11) Les fichiers vidéo sont supprimés aussitôt la supervision effectuée

Conditions techniques :
Le champ de vision de la caméra permet de suivre la consultation avec le patient et l'interne.
L'examen clinique n'est pas filmé (orientation du champ de vision de la caméra hors du divan d'examen)

La signature de cette déclaration vaut engagement de conformité à la loi informatique et libertés et respect des termes de cette déclaration. Toute modification dans le traitement de données (nouvel objectif, des données traitées, durée de conservation des données, mesures de sécurité ou changement de procédure....) devra être signalée au correspondant informatique et libertés de l'université (cil@univ-rouen.fr).

Date et Signature du responsable du service chargé de la mise en œuvre, Universite de Rouen Normandie, département de médecine générale, 25 bd Gambetta Rouen

Annexe 2a : Fiche de consentement patient

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

Normandie Université

Faculté de Médecine, Pharmacie

Directeur du DUMG
Coordonateur du DES de médecine Générale
✉ jean-loup.hermil@univ-rouen.fr

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.

Pr Jean-Loup HERMIL

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

Mentions Informatiques et Libertés :

En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, le Président de l'Université, responsable de ce traitement vous informe que vous disposez des droits d'accès, de modification et de suppression, voire d'opposition en vous adressant à : secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr , copie au Correspondant Informatique et Libertés de l'université, cnil@univ-rouen.fr

Fait le à

Annexe 2b : Fiche de consentement interne

UNIVERSITÉ DE ROUEN NORMANDIE

Normandie Université

Faculté de Médecine, Pharmacie

Directeur du DUMG
Coordonateur du DES de médecine Générale
✉ jean-loup.hermil@univ-rouen.fr

Cher collègue,

Afin de rendre encore plus performant votre apprentissage, votre maître de stage des universités vous propose de filmer certaines de 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 maître de stage des universités, 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 vidéos 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 n'entraine pas de préjudice sur le déroulement de votre stage.

Pr Jean-Loup HERMIL

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

Mentions Informatiques et Libertés :

En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, le Président de l'Université, responsable de ce traitement vous informe que vous disposez des droits d'accès, de modification et de suppression, voire d'opposition en vous adressant à : secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr , copie au Correspondant Informatique et Libertés de l'université, cnil@univ-rouen.fr

Fait le à

Annexe 3 : Grille de Calgary-Cambridge

Interne : Maître de stage : Dr

Remplissage des cases : Pas du tout : 1 / Plutôt Non : 2 / Plutôt Oui : 3 / Tout à Fait : 4

Grille de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale	Séance 1	Séance 2	Séance 3
I - DÉBUTER L'ENTREVUE A - Établir le premier contact (l'accueil)			
1.Le médecin salue le patient et obtient son nom			
2.Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire			
3.Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue)			
B- Identifier la (les) raison(s) de consultation			
1.Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« Quels problèmes vous amènent aujourd'hui ?» ou « Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?»)			
2.Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse			
3.Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?»)			
4.Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques			
Commentaire libre :			
II - RECUEILLIR L'INFORMATION A - Exploration des problèmes du patient			
1.Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant)			
2.Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées)			
3.Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause			
4.Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)			
5.Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...) ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord			
6.Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? »)			
7.De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires			
8.Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé			

9.Établit la séquence temporelle des évènements depuis le début			
B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient			
1. Détermine activement et explore adéquatement :			
•Les idées du patient (ses croyances sur les causes)			
•Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème			
•Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème)			
•Les impacts: comment chaque problème affecte sa vie			
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions			
Commentaire libre :			
III - STRUCTURER L'ENTREVUE A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue			
1.Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape			
2.Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions ; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section			
B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue			
1.Structure l'entrevue selon une séquence logique			
2.Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir			
Commentaire libre :			
IV - CONSTRUIRE LA RELATION A - Utiliser un comportement non-verbal approprié			
1.Affiche un comportement non verbal approprié			
•Contact visuel, expression faciale			
•Posture, position et mouvement			
•Indices vocaux >le débit, le volume, la tonalité			
2.Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation			

3.Affiche une confiance appropriée			
B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse			
1.Accueille les points de vue et émotions du patient ; n'adopte pas une position de juge			
2.Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile			
3.Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'« auto-soin » de son patient ; lui offre de travailler en partenariat			
4.Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique			
C - Associer le patient à la démarche clinique			
1.Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « ce que je pense maintenant, c'est... »)			
2.Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes			
3.Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission			
Commentaire libre :			
V - EXPLIQUER ET PLANIFIER			
A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information			
1.Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications			
2.Évalue les connaissances du patient: Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir			
3.Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)			
4.Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer			
B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations			
1.Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées			
2.Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... ». « Maintenant, abordons... »)			
3.Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information			
4.Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique			
5.Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants)			
6.Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu ; clarifie si nécessaire			
C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient			
1.Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient			
2.Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement			

3.Relève les indices verbaux et non verbaux : Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions ; est sensible aux signes de surcharge d'information ; est attentif aux indices d'inconfort			
4.Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin			
D - Planifier : une prise de décision partagée			
1.Partage ses réflexions cliniques lorsque approprié : idées, processus de pensée, dilemmes			
2.Implique le patient :			
•Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives			
•Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions			
3.Explore les différentes options d'action			
4.S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre			
5.Discute d'un plan mutuellement acceptable			
•signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles			
•détermine les préférences du patient			
6.Vérifie avec le patient			
•s'il est d'accord avec le plan			
•si l'on a répondu à ses préoccupations			
Commentaire libre :			
VI - TERMINER L'ENTREVUE			
A - Planifier les prochaines étapes			
1.Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin			
2.Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide			
B - Préparer la fin de l'entrevue			
1.Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins			
2.Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter			
Commentaire libre :			

Annexe 4 : Support de formation des MSU

08/05/2017

Faculté de Médecine, Pharmacie

Formation à la SODEV

Boostez vos supervisions !

Département de Médecine Générale — Journée de formation MSU 02 Mars 2017 — Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Supervision par
Observation
Directe avec
Enregistrement
Vidéo

Département de Médecine Générale — Journée de formation MSU 02 Mars 2017 — Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Déroulement de la matinée : 1ère partie

- Théorique
  - ✓ Justification de l'utilisation
  - ✓ Explication du protocole d'enregistrement
  - ✓ Aspect légal
- Pratique :
  - ✓ Manipulation des caméras

Département de Médecine Générale — Journée de formation MSU 02 Mars 2017 — Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Déroulement de la matinée : 2ème partie

- Théorique :
  - ✓ Présentation de la grille de Calgary-Cambridge
  - ✓ Explication du protocole de supervision
- Pratique :
  - ✓ Visualisation des vidéos
  - ✓ Supervision

Département de Médecine Générale — Journée de formation MSU 02 Mars 2017 — Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

1ère partie : Les enregistrements

Faculté de Médecine, Pharmacie

Présentation du matériel

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole d'enregistrement

- Installation de la caméra

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole d'enregistrement

- Déroulement

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole d'enregistrement

- 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**.
  - ✓ Lorsque les différentes visualisations sont terminées, les vidéos doivent être supprimées de la carte SD.

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Support légal

- Formulaire de consentement patient / interne / MSU
- Présentation orale de l'expérience au patient puis signature du consentement

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Manipulation des caméras

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Objectif :

- Formation de binôme
- Utilisation de cas ECOS
- Pas besoin d'examen clinique
- Placement de caméra, Manipulation des dispositifs
- Filmer vos « consultations »

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

2ème partie : La supervision

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole

- **Réalisation de 3 séances de supervision vidéo-assisté pendant le semestre :**
  - ✓Diagnostic de compétence
  - ✓Vérification/Suivi des acquisitions

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole

- **Utilisation de grilles de Calgary Cambridge de l'entrevue médicale**
- **Auto-évaluation**
- **Hétéro-évaluation**

Faculté de Médecine, Pharmacie

Grille de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale

- I)Débuter l'entrevue
- II)Recueillir l'information
- III)Structurer l'entrevue
- IV)Construire la relation
- V)Expliquer et planifier
- VI)Terminer l'entrevue

Faculté de Médecine, Pharmacie

Protocole

- Supervision aidée de la vidéo et confrontation des grilles d'évaluation de compétences

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

A vous de jouer !

- Utilisation de l'enregistrements vidéo fourni
- Essai de supervision vidéo-assistée sur la compétence relationnelle

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Et après ?

- A la fin du semestre, compléter un questionnaire de recueil d'expérience et de satisfaction

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Faculté de Médecine, Pharmacie

Merci pour votre participation !

Département de Médecine Générale | Journée de formation MSU 02 Mars 2017 | Université de Rouen Normandie

Annexe 5 : Questionnaire de fin d'expérience

Questionnaire d'évaluation et de satisfaction de l'expérience

1) Concernant le protocole fourni :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Le protocole est clair à comprendre				
Présenter la méthode au patient avant la consultation est simple				
Les précautions et mesures informatiques demandées dans le protocole, en lien avec la sécurité des données enregistrées vous semblent adaptées				
Commentaires libres :				

2) Concernant le matériel technique :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
La caméra d'action est facile d'utilisation				
Le trépied flexible permet de positionner facilement la caméra dans le cabinet				
L'utilisation de la carte microSD et de son adaptateur est simple				
Déconnecter le réseau sur l'ordinateur est facilement réalisable				
Lire les vidéos sur l'ordinateur est facilement réalisable				
Visionner des séquences précises d'une consultation est simple				
La qualité vidéo est suffisante				
La qualité audio est suffisante				
La destruction des vidéos sur la carte est facilement réalisable				

Commentaires libres :

3) Concernant l'impact de la présence de la caméra

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Il est mieux de débuter l'enregistrement avant l'entrée du patient				
Il est mieux de débuter l'enregistrement au moment de l'entrée du patient				
L'interne s'affranchit facilement de la présence de la caméra				
Le patient s'affranchit facilement de la présence de la caméra				
Il est possible de masquer l'objectif de la caméra sans perturber la consultation				
Il est mieux de laisser l'enregistrement se poursuivre en continu sur plusieurs consultations				
Il est mieux d'effectuer un enregistrement par consultation				
Commentaires libres :				

4) Concernant la préparation de la séance de supervision

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
Prévoir la supervision dans l'emploi du temps est facile				

Le nombre de trois séances par semestre d'enregistrement/supervision est adapté	Oui		Non	
Si non, selon-vous il devrait y avoir :	Nombre de séance préconisé : _____			
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est utile				
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est chronophage				
Commentaires libres :				

5) Concernant la séance de supervision :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
La séance de supervision le jour même de l'enregistrement est réalisable				
La grille de Calgary-Cambridge structure la supervision				
La grille de Calgary-Cambridge est simple d'utilisation				
Une échelle de Likert côtée de 1 à 4 (« Pas du Tout « à « Tout à fait ») est adapté à l'utilisation de la grille deCalgary-Cambridge				
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer la globalité des tâches				
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer chaque tâche séparément				
La confrontation des grilles remplies par l'interne et le MSU lors de la préparation de la séance est utile				
La SODEV permet de définir simplement des objectifs d'amélioration de compétence				
La SODEV dans sa globalité est chronophage				
En moyenne, une séance de supervision dure :	___ h___ min			
Afin d'effectuer la supervision, il est techniquement plus simple de réaliser l'enregistrement vidéo	Matin		Après-Midi	
Une bonne relation ECA-MSU/Interne est nécessaire au bon déroulement de la SODEV				

Commentaires libres :

6) Concernant l'intérêt formatif de la SODEV

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait
La vidéo permet d'explorer toutes les tâches décrites dans la Grille de Calgary-Cambridge				
La vidéo permet d'explorer la communication verbale de l'interne				
La vidéo permet d'explorer la communication non verbale de l'interne				
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches acquises				
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches à acquérir				
La vidéo permet l'analyse de la compétence relationnelle médecin(interne)-patient				
La vidéo permet de vérifier la progression d'acquisition des compétences				
L'enregistrement vidéo de l'examen clinique serait utile à la formation				
Par rapport à une supervision indirecte, l'utilisation de la vidéo est une aide à la qualité de la supervision et à l'acquisition des compétences				
Commentaires libres :				

Annexe 6 : Tableau de résultats de l'enquête de retour d'expérience

Questionnaire d'évaluation et de satisfaction

Maître de Stage Universitaire (MSU)
effectif : 9, répondants : 9

1) Concernant le protocole fourni :	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Le protocole est clair à comprendre	-	-	3	6	Tout à fait	
Présenter la méthode au patient avant la consultation est simple	-	1	5	3	Plutôt oui	
Les précautions et mesures informatiques demandées dans le protocole, en lien avec la sécurité des données enregistrées vous semblent adaptées	1	1	5	2	Plutôt oui	
Commentaires libres :	*Aucun*					

2) Concernant le matériel technique :	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La caméra d'action est facile d'utilisation	-	-	4	5	Tout à fait	
Le trépied flexible permet de positionner facilement la caméra dans le cabinet	-	1	2	4	Tout à fait	*MSU 2 et 5 : "non utilisé"*
L'utilisation de la carte microSD et de son adaptateur est simple	-	2	2	5	Tout à fait	
Déconnecter le réseau sur l'ordinateur est facilement réalisable	-	1	3	5	Tout à fait	
Lire les vidéos sur l'ordinateur est facilement réalisable	2	-	2	5	Tout à fait	
Visionner des séquences précises d'une consultation est simple	1	1	4	3	Plutôt oui	
La qualité vidéo est suffisante	-	-	3	6	Tout à fait	
La qualité audio est suffisante	-	4	2	2	Plutôt non	*MSU 8 : "entre 2 et 3"*
La destruction des vidéos sur la carte est facilement réalisable	-	-	1	7	Tout à fait	*MSU 2 : absence de réponse*
Commentaires libres :	*MSU 2 : "difficulte de trouver un logiciel de lecture de la carte micro SD. "* *MSU 4 : "Difficile de débrancher le wifi sur l'ensemble de l'établissement. Son nécessiterait un autre matériel (petite caméra) ou un enregistrement simultané avec un téléphone ou un magnétophone. "* *MSU 5 : "j'ai utilisé la gopro hero4 session, image nickelle mais son très bas justifiant l'adjonction d'enceinte additionnelle pour une écoute confortable"*					

3) Concernant l'impact de la présence de la caméra	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Il est mieux de débuter l'enregistrement avant l'entrée du patient	1	3	2	3	Positif	
Il est mieux de débuter l'enregistrement au moment de l'entrée du patient	-	4	2	2	Positif	*MSU 5 : absence de réponse*
L'interne s'affranchit facilement de la présence de la caméra	-	-	6	3	Plutôt oui	
Le patient s'affranchit facilement de la présence de la caméra	-	-	5	4	Plutôt oui	
Il est possible de masquer l'objectif de la caméra sans perturber la consultation	1	2	4	1	Plutôt oui	*MSU 5 : "pas d'interet"*
Il est mieux de laisser l'enregistrement se poursuivre en continu sur plusieurs consultations	1	4	4	-	Négatif	
Il est mieux d'effectuer un enregistrement par consultation	-	4	2	3	Positif	
Commentaires libres :	*MSU 2 : "information du patient prealable par remise au patient qui a le temps d en prendre connaissance dans la salle d attente* *Echange sur le protocole d accord* *Puis mise en route de enregistrement* *Les patients oublient la camera certains se deshabille dans le bureau alors qu ils ont une salle d examen separee, un couple de patient a passé ses salutations au MSU via la caméra, lien de confiance avec le médecin ? "* *MSU 5 : "l'interne s'affranchit facilement de la caméra" : un temps d'adaptation, dans les 5 minutes on l'oublie* *MSU 8 : "on oublie facilement la caméra et le rendu est très naturel"*					

4) Concernant la préparation de la séance de supervision

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Prévoir la supervision dans l'emploi du temps est facile	-	6	3	-	Plutôt non	
Le nombre de trois séances par semestre d'enregistrement/supervision est adapté	Oui	6	Non	3	Oui	
Si non, selon-vous il devrait y avoir :	Nombre de séance préconisé : 2(3), 2(7)					
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est utile	2	1	3	1		*MSU 5 : "non fait par le MSU "* *MSU 6 : entre 2 et 3*
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est chronophage	2	-	4	3	Positif	
Commentaires libres :	*MSU 2 : "la grille evaluation avec lecture permet de voir les points manquants"* *MSU 4 : "Le visionnage de la séquence par le superviseur puis le débriefing nécessite un temps d'environ 40 à 50 mn par consultation. Plus le temps de visionnage de l'interne pour une auto évaluation"*					

5) Concernant la séance de supervision :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La séance de supervision le jour même de l'enregistrement est réalisable	1	4	3	1	Plutôt non	
La grille de Calgary-Cambridge structure la supervision	-	-	6	3	Plutôt oui	
La grille de Calgary-Cambridge est simple d'utilisation	-	2	5	2	Plutôt oui	
Une échelle de Likert côtée de 1 à 4 (« Pas du Tout « à « Tout à fait ») est adapté à l'utilisation de la grille deCalgary-Cambridge	-	-	6	2	Plutôt oui	*MSU 6 : absence de réponse*
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer la globalité des tâches	-	-	8	1	Plutôt oui	
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer chaque tâche séparément	-	-	7	1	Plutôt oui	*MSU 8 : entre 2 et 3*
La confrontation des grilles remplies par l'interne et le MSU lors de la préparation de la séance est utile	1	1	4	2	Plutôt oui	*MSU 5 : "non realisé"*
La SODEV permet de définir simplement des objectifs d'amélioration de compétence	-	-	5	4	Plutôt oui	
La SODEV dans sa globalité est chronophage	-	1	4	3	Plutôt oui	*MSU 5 : absence de réponse*
En moyenne, une séance de supervision dure :	*MSU 1 : 2h* *MSU 2 : 1h* *MSU 3: 1h30* *MSU 4 : 50min par consultation* *MSU 5 : 1h* *MSU 6 : 20min par consultation* *MSU 7 : 1h par consultation* *MSU 8 : 45min en plus de la visualisation* *MSU 9 : 1h*					
Afin d'effectuer la supervision, il est techniquement plus simple de réaliser l'enregistrement vidéo	Matin	6	Après-Midi	1		
	MSU 2 : oui et non *MSU 3, 6 et 7 : "absence de réponse"*					
Une bonne relation MSU/Interne est nécessaire au bon déroulement de la SODEV	-	1	4	4	Plutôt oui	
Commentaires libres :	*MSU 2 : "Definition "bonne relation » =confiance ? ; CHRONOPHAGE : Nous visionnons séparement et faisons nos remarques a l'issue à un autre moment ; MSU parfois difficultes de comprehension des échanges et donc de confronter au calgary ; Mais apport considerable sur le non verbal et les reactions des patients souven non perçus pendant la consultation "* *MSU 5 : le temps nécessaire pour que l'interne revoit les vidéos, en selectionne 3, que le MG revoit me parait trop long, en pratique, l'interne a fait les enregistrements le matin, visionné le midi et une voire deux vidéos ont été analysées par le MSU directement lors de l'heure de supervision* *MSU 8 : la supervision dure de 45 min à 1h30 en plus de a visualisation par l'interne et par moi même faite avant la seance*					

6) Concernant l'intérêt formatif de la SODEV

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La vidéo permet d'explorer toutes les tâches décrites dans la Grille de Calgary-Cambridge	-	-	6	3	Plutôt oui	
La vidéo permet d'explorer la communication verbale de l'interne	-	-	4	5	Tout à fait	
La vidéo permet d'explorer la communication non verbale de l'interne	-	-	1	8	Tout à fait	
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches acquises	-	-	3	6	Tout à fait	
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches à acquérir	-	-	5	4	Plutôt oui	
La vidéo permet l'analyse de la compétence relationnelle médecin(interne)-patient	-	-	3	6	Tout à fait	
La vidéo permet de vérifier la progression d'acquisition des compétences	-	1	2	6	Tout à fait	
L'enregistrement vidéo de l'examen clinique serait utile à la formation	1	1	4	2	Plutôt oui	*MSU 8 : entre 2 et 3*
Par rapport à une supervision indirecte, l'utilisation de la vidéo est une aide à la qualité de la supervision et à l'acquisition des compétences	-	-	2	7	Tout à fait	
Commentaires libres :	*MSU 4 : "Nous ne sommes pas encore près à visualiser les examens cliniques "* *MSU 5 : "concernant l'exploration de la communication verbale et non verbale, la SODEV ne permet pas a proprement parler l'exploration de la communication qui me prait plus facile en supervision directe (gestuelle et communication non verbale accompagnent l'examen clinique, en revanche elle est extrèmement révélatrice pour l'interne ; concernant la verification de la progression d'acquisition des compétences, il s'agit probablement d'un moyen de travailler la compétence communication, relation medecin malade, centrage patient, mais il faudrait une synthèse des apprentissages réalisés par l'interne"* *MSU 8 : "il me semble plus facile de parler de la formation "clinique" en supervision indirecte alors que la vidéo est très utile dans le relationnel, le savoir être"*					

Questionnaire d'évaluation et de satisfaction	Interne effectif : 9, répondants : 6

1) Concernant le protocole fourni :	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Le protocole est clair à comprendre	-	-	5	1	Plutôt oui	
Présenter la méthode au patient avant la consultation est simple	-	1	2	3	Tout à fait	
Les précautions et mesures informatiques demandées dans le protocole, en lien avec la sécurité des données enregistrées vous semblent adaptées	1	-	3	1	Plutôt oui	*Interne 8 : entre 2 et 3*
Commentaires libres :	*Aucun*					

2) Concernant le matériel technique :	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La caméra d'action est facile d'utilisation	-	-	2	4	Tout à fait	
Le trépied flexible permet de positionner facilement la caméra dans le cabinet	-	1	1	2	Tout à fait	*Interne 2 et 5 : "non utilisé"*
L'utilisation de la carte microSD et de son adaptateur est simple	-	2	1	2	Positif	*Interne 1 : absence de réponse*
Déconnecter le réseau sur l'ordinateur est facilement réalisable	-	1	2	2	Plutôt oui	*Interne 1 : absence de réponse*
Lire les vidéos sur l'ordinateur est facilement réalisable	2	-	2	2	Positif	
Visionner des séquences précises d'une consultation est simple	1	2	3	-	Moyenne	
La qualité vidéo est suffisante	-	-	2	4	Tout à fait	
La qualité audio est suffisante	1	3	2	-	Plutôt non	
La destruction des vidéos sur la carte est facilement réalisable	-	-	-	5	Tout à fait	*Interne 2 : absence de réponse*
Commentaires libres :	*Interne 2 : "difficulte de trouver un logiciel de lecture de la carte microSD"* *Interne 4 : "Problème d'enregistrement du son (très faible) et une fois pendant la consultation la vidéo a coupé sans raison"* *Interne 5 : "utilisation d'une gopro hero 4 session, qualité audio insuffisante, necessité utilisation enceintes audio"*					

3) Concernant l'impact de la présence de la caméra	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Il est mieux de débuter l'enregistrement avant l'entrée du patient	1	4	-	1	Plutôt non	
Il est mieux de débuter l'enregistrement au moment de l'entrée du patient	-	1	3	1	Plutôt oui	*Interne 5 : absence de réponse*
L'interne s'affranchit facilement de la présence de la caméra	-	-	5	1	Plutôt oui	
Le patient s'affranchit facilement de la présence de la caméra	-	-	3	3	Plutôt oui	
Il est possible de masquer l'objectif de la caméra sans perturber la consultation	-	1	3	-	Plutôt oui	*Interne 4 et 5 :absence de réponse*
Il est mieux de laisser l'enregistrement se poursuivre en continu sur plusieurs consultations	1	5	-	-	Plutôt non	
Il est mieux d'effectuer un enregistrement par consultation	-	-	4	2	Plutôt oui	
Commentaires libres :	*Interne 2 : "information du patient prealable par remise au patient qui a le temps d en prendre connaissance dans la salle d attente* *Echange sur le protocole d accord* *Puis mise en route de enregistrement* *Les patients oublient la camera certains se deshabille dans le bureau alors qu ils ont une salle d examen separee"* *Interne 4 : "Je recueillais le consentement dans le cabinet et lançait la vidéo après celui-ci. Je n'ai pas eu la nécessité de masquer l'objectif de la caméra. Les patients l'oublient vite (et des pudiques se déshabille même dans l'axe de la caméra !)* *Au fur et à mesure des séances SODEV, on s'habitue à la caméra.* *Il est plus simple pour la relecture de faire un enregistrement = une consultation"* *Interne 5 : "concernant l'impact de la presence de la camera sur l'interne,il y a un temps d'adaptation, dans les 5 minutes on l'oublie"*					

4) Concernant la préparation de la séance de supervision

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
Prévoir la supervision dans l'emploi du temps est facile	-	4	2	-	Plutôt non	
Le nombre de trois séances par semestre d'enregistrement/supervision est adapté	Oui	5	Non	1	Oui	
Si non, selon-vous il devrait y avoir :	Nombre de séance préconisé :					
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est utile	-	1	2	2	Plutôt oui	*Interne 6 : entre 2 et 3*
Visualiser les enregistrements au préalable de la supervision est chronophage	2	-	4	-	Plutôt oui	
Commentaires libres :	*Interne 2 : "la grille evaluation avec lecture permet de voir les points manquants"* *Interne 5 : "visualiser les enregistrements est chronophage pour 3 enregistrements, mais peut être moins chronophage si un seul enregistrement, mais plus souvent que 3 séances dans le semestre"*					

5) Concernant la séance de supervision :

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La séance de supervision le jour même de l'enregistrement est réalisable	-	2	2	1	Plutôt oui	*Interne 8 : entre 2 et 3*
La grille de Calgary-Cambridge structure la supervision	-	-	5	1	Plutôt oui	
La grille de Calgary-Cambridge est simple d'utilisation	-	4	2	-	Plutôt non	
Une échelle de Likert côtée de 1 à 4 (« Pas du Tout « à « Tout à fait ») est adapté à l'utilisation de la grille deCalgary-Cambridge	-	-	3	-	Plutôt oui	*Interne 1 et 8 : entre 2 et 3* *Interne 6 : absence de réponse*
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer la globalité des tâches	-	-	5	1	Plutôt oui	
La grille de Calgary-Cambridge permet d'explorer chaque tâche séparément	-	-	6	-	Plutôt oui	
La confrontation des grilles remplies par l'interne et le MSU lors de la préparation de la séance est utile	1	1	2	1	Plutôt oui	*Interne 5 : "non réalisé"*
La SODEV permet de définir simplement des objectifs d'amélioration de compétence	-	-	3	3	Plutôt oui	
La SODEV dans sa globalité est chronophage	-	2	4	-	Plutôt oui	
En moyenne, une séance de supervision dure :	*Interne 1 : 1h* *Interne 2 : 1h* *Interne 4 : 1h* *Interne 5 : 1h* *Interne 6 : 20min par consultation* *Interne 8 : 30 min par consultation*					
Afin d'effectuer la supervision, il est techniquement plus simple de réaliser l'enregistrement vidéo	Matin	4 (2)	Après-Midi	1 (2)		
	Interne 4 : cela depend de l'organisation du cabinet *Interne 6 : non répondu*					
Une bonne relation MSU/Interne est nécessaire au bon déroulement de la SODEV	-	-	5	1	Plutôt oui	
Commentaires libres :	*Interne 2 : "Definition "bonne relation » =confiance ? ; CHRONOPHAGE : Nous visionnons séparement et faisons nos remarques a l'issue à un autre moment ; MSU parfois difficultes de comprehension des échanges et donc de confronter au calgary ; Mais apport considerable sur le non verbal et les reactions des patients souven non perçus pendant la consultation "* *Interne 4 : "Pas simple l'utilisation de la grille de Calgary, il faudrait surement se concentrer sur chaque consultation sur une sous partie (la grille est longue) afin d'en tirer des objectifs (ou sinon cela nécessite plusieurs heures si on veut bien tout analyser) ; La relecture est chronophage mais indispensable je pense qu'une évaluation fixée sur une partie serait mieux et permettrait de fixer des objectifs précis* *Interne 5 : "l'interne a en pratique realisé les enregistrements le matin, visionné le midi et deux vidéos ont été sélectionnées puis vues avc le MSU"*					

6) Concernant l'intérêt formatif de la SODEV

	Pas du tout	Plutôt non	Plutôt oui	Tout à fait	Réponse la plus fréquente	Notation
La vidéo permet d'explorer toutes les tâches décrites dans la Grille de Calgary-Cambridge	-	2	2	2	Positif	
La vidéo permet d'explorer la communication verbale de l'interne	-	-	2	4	Tout à fait	
La vidéo permet d'explorer la communication non verbale de l'interne	-	-	1	5	Tout à fait	
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches acquises	-	-	3	3	Plutôt oui	
La grille de Calgary-Cambridge permet de faire prendre conscience à l'interne des tâches à acquérir	-	-	2	4	Tout à fait	
La vidéo permet l'analyse de la compétence relationnelle médecin(interne)-patient	-	-	2	4	Tout à fait	
La vidéo permet de vérifier la progression d'acquisition des compétences	-	1	3	2	Plutôt oui	
L'enregistrement vidéo de l'examen clinique serait utile à la formation	-	1	4	1	Plutôt oui	
Par rapport à une supervision indirecte, l'utilisation de la vidéo est une aide à la qualité de la supervision et à l'acquisition des compétences	-	-	2	4	Tout à fait	
Commentaires libres :	*Interne 4 : "La vidéo est un gros apport concernant la communication non verbale (l'attitude, les tics) et la communication verbale (concernant la relation médecin patient). C'est la deuxième fois dans mes études que je l'utilise et c'est les seules fois ou l'on a pu évaluer ces aspects là (très importants dans notre métier!) En ce qui concerne l'examen clinique son apprentissage se fait plutôt en binôme en consultation (en rectifiant les gestes de l'étudiant-interne) que en vidéo"*					

Annexe 7 : Original et traduction de « Aide de travail pour la supervision vidéo d'une consultation » selon Pinsky

Table 1. Patient-Doctor Videotape Review Worksheet

VIDEOTAPE REVIEWS WORKSHEET AID

Brief description of patient session to taped
- Briefly describe the interaction.

What do I hope to learn by reviewing this particular patient/physician encounter?
- Determine your goals first, then review your progress towards them.

Communication
- What did you notice about your communication style with the patient?
- What about your interaction was positive? Negative? What determined this?
- Did you get all the information you needed? Did the patient?
- Did you express empathy (verbal or nonverbal) for the patient?
- Did you explain information or procedures and/or answer questions clearly and succinctly?
- Did you refrain from of overuse of filler words such as uh-huh and okay, and use appropriate speed and tone?
- Were your gestures helpful or distracting?

Exam/procedure
- How well do you think you performed necessary exam techniques/procedures?
- Were there any awkward moments that could be improved?
- Did you notice any feedback (verbal or nonverbal) from the patient?

Other areas of self-evaluation

Use this area to comment on other relevant areas of your performance that weren't covered explicitly elsewhere.
- Positive
- Needs improvement

Describe the steps you will take to improve the areas you have noted on this worksheet.
- Seek out more training?
- Pay closer attention to modeling attending or other colleague/patient interactions?
- Choose a specific aspect of care to focus on before interacting with patient?

You may want to videotape a similar patient encounter after some time, in order to re-evaluate and monitor your progress in these areas.

Aide de travail pour la supervision d'une consultation

Description rapide de la consultation enregistrée

Qu'est-ce que j'espère apprendre de la supervision de cette consultation

Déterminer d'abord les objectifs, puis observer les progrès réalisés

Communication

Qu'avez-vous remarqué sur votre style de communication avec le patient ?

En quoi votre interaction était positive ? Négative ? Quels en était les déterminants ?

Avez-vous recueilli les informations nécessaires ? Le patient aussi ?

Avez-vous exprimé de l'empathie (verbale ou non-verbale) envers ce patient ?

Avez-vous expliqué les informations et procédures et/ou répondu aux questions clairement et succinctement ?

Avez-vous limité l'utilisation de mots de remplissage (euh, ok, etc..) et employé un ton et vitesse de diction appropriée ?

Vos gestes ont-ils été utiles ou distrayant ?

Examen/Gestes techniques

Comment estimez-vous l'utilisation appropriée de votre examen clinique/gestes techniques ?

Y'a-t-il eu des moments gênants pouvant-être améliorés ?
Avez-vous remarqué des retours (verbaux ou non-verbaux) de la part du patient ?

Autres points d'auto-évaluation
Utilisez ce temps pour commenter d'autres champs de compétence importants vus lors de votre consultation, qui n'ont pas encore été abordés

Positifs
Nécessitant des améliorations

Décrivez les mesures que vous allez prendre pour améliorer les points trouvés

Nécessitez-vous plus d'entrainement ?
Observer la façon de faire de collègues ou enseignants sur l'interaction médecin/patient ?
Se concentrer sur un aspect spécifique lors de l'interaction avec un patient ?

Vous pourrez enregistrer une consultation sur un patient similaire après quelques temps, afin de réévaluer et observer les progrès dans ces champs de compétence

Annexe 8 : Grille Formative de Validation des Compétences des Internes en Médecine Générale (reproduction avec l'autorisation du CHNGE)

CHNGE

ROUEN

Grille formative de validation des compétences

des

Internes en médecine générale

Nom de l'interne*	
Prénom*	

Date(s) de la 1e évaluation	
Évaluateur(s)	
Date(s) de la 2e évaluation	
Évaluateur(s)	
Date(s) de la 3e évaluation	
Évaluateur(s)	

contact.chnge@gmail.com

Cet outil a pour but d'aider les MSU et les Internes à :
- s'approprier les compétences à valider en fin de 3e cycle
- suivre la progression de l'acquisition de ces compétences
- définir des objectifs d'apprentissage au fil des stages ambulatoires

Il reprend les 31 compétences de la nouvelle grille de validation de stage, en vigueur dès le stage de novembre 2016.

Il est conseillé de réaliser **3 évaluations** au cours des 6 mois de stage :
- après quelques semaines de stage
- en milieu de stage (avant le début des consultations en supervision indirecte pour les stages de 1er niveau)
- un mois avant la fin de stage

Il est conseillé aux MSU et internes de remplir conjointement ce document, mais il peut également être utilisé en auto-évaluation par l'interne.
Il appartient au MSU coordinateur d'organiser l'utilisation de ce document au sein du binôme/trinôme.

Mode d'emploi :

Le fichier doit être enregistré sur votre disque dur à un emplacement où vous pourrez le retrouver.

Pour chaque compétence, les trois lignes de cases à cocher correspondent chacune à une évaluation. Utilisable à la souris ou au clavier (flèches de direction et Tab)

Il est possible de noter des commentaires ou objectifs pédagogiques pour chaque groupe de compétences.

Les 3 niveaux de compétence correspondent à ce qui est attendu chez la majorité des internes :
- *avant le premier stage ambulatoire (Novice)*
- *en fin de premier stage ambulatoire (Intermédiaire)*
- *en fin de deuxième stage ambulatoire (Compétent)*

Ce dernier niveau est à distinguer de celui du MSU (Expert)

Contrairement à la grille de validation de stage, chaque niveau est subdivisé en 3, ce qui permet de nuancer, à la discrétion de chaque MSU et/ou interne.

Après chaque évaluation :
- ***enregistrer le fichier***
- *envoyer le fichier par mail à l'interne et à ses autres MSU*
- *envoyer le fichier par mail au CHNGE, pour le suivi de cet outil (cf page 14)*

1. RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
	Conduite de l'entretien		
1	Au cours de l'entretien utilise un jargon médical difficile à comprendre pour le patient.	utilise un mode de communication compréhensible par le patient	Vérifie la compréhension du patient
Eval 1 Eval 2 Eval 3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
2	Sait utiliser les questions ouvertes ou fermées au cours de l'entretien	Identifie les points de vue du patient et reformule les éventuelles divergences avec les siens	Aboutit à la formulation d'un consensus sur les objectifs médicaux
Eval 1 Eval 2 Eval 3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
3	Mène un entretien sans limite de temps.	Mène un entretien sans limite de temps et arrive à faire une synthèse de l'entretien.	Gère l'entretien dans un temps adapté et aboutit à un planning de prise en charge des différents problèmes.
Eval 1 Eval 2 Eval 3	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Relationnel			
4	Impose la décision.	Sollicite l'avis du patient.	Accepte le compromis avec le patient (négociation puis ouverture).
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
5	Connaît les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.	Communique volontiers avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient dans l'intérêt du patient.	Communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

2. APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
6	Identifie la demande explicite du patient et propose une réponse centrée sur cette demande	Propose un plan de soins hiérarchisé construit sur les demandes explicites et implicites du patient	Propose un plan de soins adapté aux demandes explicites et implicites du patient, hiérarchisé en tenant compte de la gravité des maladies et des priorités du patient
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
7	Mène sa consultation en étant centré sur une démarche bioclinique	Identifie dans la consultation les données psychosociales du patient	Intègre les données biopsychosociales du patient dans sa démarche
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
8	Identifie le décalage entre les priorités du patient et celles des professionnels de santé	Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses à une situation	Intègre les priorités du patient dans sa démarche décisionnelle
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

3. EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
	Prévention et dépistage		
9	Liste les possibilités d'actions préventives auprès d'un patient	Identifie le degré d'adhésion et les priorités du patient en contexte préventif	Met en œuvre une démarche préventive intégrée à la consultation, adaptée aux possibilités du patient
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	Éducation du patient		
10	Peut lister les besoins éducatifs d'un patient (ex : identifier les besoins d'un patient sous AVK)	Évalue les connaissances et les représentations du patient sur ses besoins éducatifs (diagnostic de situation)	Met en œuvre au sein de ses consultations des démarches éducatives qui s'intègrent aux possibilités et priorités du patient et du contexte de soin
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	Utilisation des outils		
11	Connaît des outils ou supports pertinents utilisables en contexte de prévention	Maîtrise l'explicitation des outils/supports au patient	Utilise de façon opportune des outils/supports adaptés à ses démarches de prévention/éducation
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Dépistage			
12	Connaît les procédures de dépistage recommandées et sait les proposer à bon escient	Peut argumenter en consultation dans les situations de dépistage individuel non recommandées (mammo avant 50 ans p. ex.)	Explicite dans sa pratique courante les bénéfices et les limites des dépistages pour permettre le choix éclairé du patient
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Promotion de la santé			
13	Pointe les besoins du patient	S'applique à rendre le patient acteur de sa santé en s'enquérant de ce qu'il peut/veut faire.	Maîtrise des outils relationnels adaptés permettant au patient de se positionner comme acteur de sa santé (Prochaska…)
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

4. PREMIER RECOURS, URGENCES

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
	Aptitude thérapeutique		
14	S'interroge sur l'existence de bénéfice/risque de sa décision	Sait évaluer les rapports bénéfice/risque de sa décision.	Intègre le rapport bénéfice risque dans sa décision.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	Gestion de l'urgence et des soins non programmés		
15	Est conscient qu'il va devoir gérer l'incertitude, connaît le risque grave évitable des situations cliniques qu'il rencontre.	Gère l'incertitude en posant des hypothèses diagnostiques tenant compte de la prévalence des maladies en médecine générale.	Propose un plan de soin adapté en situation d'incertitude avec consignes permettant au patient de reconsulter à bon escient.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
16	Découvre la nécessité de hiérarchiser ses tâches, au cours de la consultation, mais aussi de manière globale afin de répondre aux soins non programmés et urgences	Tente de hiérarchiser ses tâches, son planning et son organisation de travail.	Hiérarchise ses actions et organise son temps, planifie pour répondre aux soins non programmés
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
17	Identifie l'urgence biomédicale.	Repère les situations d'urgences ressenties par les patients, avec ce qui les sous-tend dans l'histoire du patient.	Est capable de répondre à une urgence ressentie de façon adaptée.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Gestes techniques			
18	Hésite à poser l'indication et accepte l'apprentissage des gestes techniques prévalents en médecine générale.	Sait poser l'indication et exécute en supervision avec sécurité certains gestes techniques prévalents en médecine générale.	Réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents en médecine générale.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Attitude clinique			
19	Examine de façon systématique et maîtrise l'examen des grands appareils	Examine de manière adaptée au problème posé, sans donner du feed back	Examine de façon précise, fiable, orientée, exprime un feed back préparant les décisions.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Attitude thérapeutique			
20	Connaît les grands schémas thérapeutiques en médecine générale,	Adapte les thérapeutiques en fonction des patients et du contexte.	Prescrit les traitements pharmacologiques ou non prévalents en médecine générale de façon raisonnée et sécurisée.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

5. CONTINUITE, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
Tenue du dossier médical			
21	Consulte le dossier médical du patient.	Recherche les éléments en lien avec le motif de consultation dans le dossier médical.	Se fait une idée complète de l'histoire du patient en exploitant l'ensemble des éléments contenus dans le dossier médical.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Outils de coordination avec les différents partenaires de santé			
22	Peut illustrer la nécessité du travail en équipe ambulatoire.	Sait recueillir des données auprès de l'entourage et des autres professionnels de santé.	Organise et coordonne les soins du patient à domicile avec les intervenants médicaux, médico-sociaux et l'entourage du patient.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
23	Programme des examens systématiques.	Programme des examens, adaptés au problème posé.	Programme une démarche paraclinique adaptée *à ce qui a déjà été fait* et au problème posé.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
24	Rédige des ordonnances et des courriers centrés sur la demande d'examen.	Rédige des courriers et des ordonnances structurés où son attente apparaît.	Argumente et négocie le choix de sa demande par des courriers circonstanciés, avec une question précise.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
25	Sait adresser à un professionnel de santé.	Adresse à un professionnel de santé en listant des correspondants locaux.	Adresse à un professionnel de santé ciblé, en utilisant les ressources du réseau de soin adapté à la situation bio-psycho-sociale du patient.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
26	Reste centré sur le problème ponctuel et à court terme.	Énonce un plan de soin standard correspondant à la pathologie prise en charge.	Organise le suivi au long cours, propose un calendrier adapté au patient qui intègre les principaux partenaires de santé.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Commentaires en page suivante...

Outils de coordination avec les différents partenaires de santé

6. PROFESSIONNALISME

Item n°	Novice	Intermédiaire	Compétent
	Ethique		
27	Intègre dans sa pratique le respect et la bienfaisance dans la majorité des situations	. Est préoccupé par une posture altruiste (équité, bienfaisance, et autonomie du patient).	adopte une posture altruiste (équité, bienfaisance, et autonomie du patient).
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
28	Connaît les notions d'éthique et de secret médical.	Intègre les notions d'éthique et de secret médical au cours des consultations.	Intègre les notions d'éthique et de secret médical dans le fonctionnement du cabinet et dans la communication inter/intra professionnelle.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	Ressources de formation		
29	Maîtrise les savoirs théoriques du 2nd cycle. Identifie ses besoins de formation.	Recherche et utilise des ressources pertinentes.	A une lecture critique sur les ressources qu'il utilise avant, pendant et après la consultation sur la base de l'EBM.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Projet professionnel			
30	Se pose des questions sur sa pratique future.	A un projet professionnel.	Élabore son projet professionnel en tenant compte des aspects administratifs, juridiques et financiers.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
Coût			
31	Identifie les médicaments et les prises en charge coûteuses.	Identifie les freins du patient liés au coût. (traitement, transport, arrêt de travail…)	Intègre les coûts (dont le reste à charge) des traitements et des investigations dans la prise en charge du patient.
	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Ne pas oublier d'enregistrer le fichier sur votre ordinateur
(Menu fichier > Enregistrer sous..., ou Ctrl+Maj+S)

Adresse mail pour le retour au CHNGE :

contact.chnge@gmail.com

Résumé

Introduction :

La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est une technique pédagogique utilisée depuis de nombreuses années dans le monde entier pour l'enseignement des internes. Son utilisation en France reste anecdotique. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'élaboration et la mise en place d'un protocole de SODEV au sein du DUMG de Rouen. L'objectif secondaire est de recueillir auprès des MSU et des internes le retour et l'évaluation de l'expérience.

Données de littérature :

La formation des internes de médecine générale en SASPAS s'appuie principalement sur la supervision indirecte. La SODEV est une technique éprouvée permettant de travailler différemment les compétences de l'interne (particulièrement la compétence communicationnelle). Les travaux de recherche français sont essentiellement des thèses d'exercice. Ces travaux regroupent des évaluations d'outils et des enquêtes qualitatives principalement. Les atouts pédagogiques décrit dans la littérature y sont systématiquement retrouvés.

Elaboration du protocole et mise en place :

Un protocole de mise de place de la SODEV a été conçu, en se basant sur les expériences françaises déjà réalisées.

La sécurisation des données de santé est d'une importance majeure ; un cadre légal a été défini, en s'appuyant sur un engagement de conformité inscrit au registre informatique et liberté de l'université de Rouen.

Le protocole a été testé pendant le semestre d'été 2017 avec des internes en SASPAS. Neuf MSU et neuf internes ont participé à l'étude. Un questionnaire de retour d'expérience a été distribué à l'issue du semestre.

Analyse et Discussion :

Les MSU et les internes ont été satisfait de la présentation du protocole et de sa mise en application.

Les caméras d'action, de par leur faible encombrement et leur grande capacité d'enregistrement vidéo conviennent aux spécificités de l'exercice en soins premiers et au protocole. La grille de Calgary-Cambridge est adaptée à la structuration de la supervision. Les patients et les internes n'ont pas eu de problème pour s'habituer à la présence de la caméra. En accord avec la littérature, les MSU et les internes ont décrit la SODEV comme une technique performante pour l'acquisition des compétences de médecine générale, notamment pour la communication médecin-patient.

Conclusion :

Mettre en place la SODEV au sein d'un DUMG est réalisable sous réserve d'un cadre légal clair et d'un protocole formalisé. La formation des MSU à cette technique est indispensable.

Mots-Clés : SODEV, Supervision Vidéo, Calgary-Cambridge, Expérimentation, Protocole, Médecine Générale, Pédagogie Médicale, Auto-évaluation, Hétéro-évaluation, Communication, Relation Médecin-Patient