



HAL
open science

La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes

Matthieu Letellier

► To cite this version:

Matthieu Letellier. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02474272

HAL Id: dumas-02474272

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02474272>

Submitted on 11 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

LETELLIER Matthieu

NÉ LE 30 MAI 1990 À VERNON

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 JANVIER 2020

**La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative
avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes**

PRÉSIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

MEMBRE DU JURY : Pr Philippe NGUYEN-THANH

MEMBRE DU JURY : Pr Thierry WABLE

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Baptiste CHAUVIN

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie thoracique
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	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
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	CHB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie cardio vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
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 (<i>surnombre</i>)	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 GULLIN	HCN	Psychiatrie adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermatologie – 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	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	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	HCN	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	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
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 (<i>détachement</i>)	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 (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat - Gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie viscérale et digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	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 (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
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
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie - Economie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

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

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
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 DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie galénique
Mr Thomas CATANHEIRO	Chimie organique
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
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
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 Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
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
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
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 – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

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

MAITRE DE CONFERENCES MÉDECINE GÉNÉRALE

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

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN-THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie-Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS A MI-TEMPS – MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage - Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN** Immunologie

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 le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. 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'honneur de présider mon jury de thèse, vous qui depuis de nombreuses années donnez tant d'énergie pour les internes de médecine générale en nous offrant un enseignement de qualité, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN-THANH, vous me faites l'honneur de juger mon travail, merci pour l'intérêt que vous portez à ce projet et à la SODEV, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Thierry WABLE, vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Baptiste CHAUVIN, je te remercie vivement d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir accompagné dans ce travail durant ces deux dernières années. Merci pour tout le temps que tu m'as accordé et les conseils que tu as pu me prodiguer.

A ma famille,

A ma Maman, qui est présente à mes côtés depuis le début, qui m'a toujours soutenu même dans les moments difficiles et qui a toujours eu confiance en moi. C'est grâce à ton dévouement, ta patience, ton écoute, ton aide que j'en suis là aujourd'hui.

Je ne te serais jamais assez reconnaissant pour tout ce que tu as fait pour moi.

Je te remercie du fond du cœur.

A mon frère, merci pour ta présence depuis le début, de m'avoir protégé durant toute mon enfance et d'avoir cru en moi.

Merci pour tout.

A Stéphanie et Baptiste, merci pour votre présence depuis toutes ces années et de votre soutien pendant ces longues années d'études.

A ma grand-mère et à mon Papy, merci de m'avoir soutenu depuis le début et d'avoir toujours été présent pour moi.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil si chaleureux et merci de m'avoir intégré si facilement dans cette belle famille.

Merci pour tous ces moments passés ensemble.

Et merci à Tania pour la relecture de ce travail.

A Lucille, nous vivons le parfait amour depuis 8 ans, tu m'as soutenu durant toutes mes études d'un soutien indéfectible.

Merci pour tout, ton écoute, ta présence, ton amour, ta gentillesse qui font de toi une personne unique. Merci pour tous nos moments inoubliables que nous avons passés ensemble. Pleins de belles choses nous attendent ... et je suis très heureux de les partager avec toi.

Je t'aime.

A ma Mamy, tu es la deuxième personne à m'avoir élevé, tu as toujours cru en moi, nous nous rappelons tous de ta gentillesse et des moments passés à tes côtés, j'espère que tu seras fière de ce travail.

A mes amis,

A mes amis d'enfance et de Pacy, Nicolas, Fred, Vince, Aurélien, merci pour tous ces moments qui m'ont permis de décompresser quand il le fallait.

A mes amis de l'externat, Max, Rachel, Perrine, Marion, J-B, Délouf, merci pour toutes ces soirées et ces moments passés durant nos études de médecine.

A Chloé, Elaine, Charlène, Guigui, Tiphaine, merci pour toutes ces vacances au ski et à la plongée, pleins de bons moments très utiles durant ces années d'études.

A mes co-internes des Urgences d'Elbeuf, merci pour votre soutien et votre bonne humeur durant ce premier stage d'internat.

A mes co-internes de Gynécologie d'Evreux, merci pour tous ces moments passés durant ce stage et en dehors, tous ces moments de détente et de soutien mutuel durant le stage.

A mes co-internes de Médecine du sport, merci à Laetitia et Ariane pour votre présence durant ces six mois, votre apprentissage échographique et rhumatologique.

A Alex et Apo, Ben et Laetitia, Guillaume et Jeanne, merci pour tous ces moments sportifs et ces belles soirées partagées ensemble durant l'internat.

A Laure, ma co-remplaçante à Oissel, merci pour ta bonne humeur, ton sourire et ton professionnalisme.

A Pierre, depuis notre stage à Darnétal, nous avons passés d'excellent moments ensemble, notre amitié ne fait que commencer.

A Thomas A, notre amitié dure depuis une vingtaine d'années, et elle n'a pas changé. Merci pour tous ces moments sportifs, ces soirées et ces moments de fous rires partagés.

A Falkoune, depuis notre stage en anapath, nous avons partagé pleins de beaux moments ensemble, pleins de voyages, de découvertes, des soirées, des révisions.

Merci pour cette belle amitié.

A mes pairs,

Aux équipes des urgences d'Elbeuf, merci pour votre dévouement et tous ces moments d'apprentissage à vos côtés.

A Arnaud, merci pour ta bonne humeur durant ce stage et tous ces moments sportifs passés à tes côtés.

Aux équipes du SSR de Darnétal et à Emmanuel Lefebvre, merci pour votre apprentissage des soins palliatifs, votre gentillesse et votre écoute.

Aux équipes de Gynécologie à Evreux, merci pour ce stage très enrichissant et votre gentillesse.

Aux médecins qui m'ont accueilli dans leurs cabinets, Dr Riguet, Dr Robert, Dr Malandain, Dr Creac'h et Dr Volait, merci pour votre patience et votre temps dédié à mon apprentissage de la médecine générale.

A l'équipe de l'IRMS2, merci à toute l'équipe pour votre accueil durant ce stage, tous ces moments passés ensemble.

Merci à Mehdi et Victor pour leur temps et leur apprentissage de la Médecine du sport.

Et un grand merci aux MSU et internes ayant participé à ce travail de thèse pour leurs temps précieux qu'ils m'ont gentiment accordés.

ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplômes d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

FST : Formations Spécialisées Transversales

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

UMF : Unité de Médecine Familiale

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	19
1.1	Les stages de médecine générale en France	19
1.1.1	Le DES de médecine générale	19
1.1.2	Formation théorique (hors stage) :.....	20
1.1.3	Formation pratique (en stage) :.....	21
1.1.4	Le stage de premier niveau chez le praticien agréé.....	22
1.1.5	Le SASPAS.....	22
1.2	Les méthodes d'évaluation lors des stages de premier niveau	22
1.2.1	La supervision indirecte	22
1.2.2	La supervision directe	23
1.3	Données de la SODEV à l'international.....	23
1.3.1	Au Canada.....	23
1.3.2	Dans de le reste du monde	24
1.4	Données françaises.....	24
1.5	L'importance de la communication en médecine générale.....	25
2	MÉTHODE	26
2.1	L'interview	26
2.2	Type d'étude.....	27
2.3	Population étudiée.....	27
2.4	Recueil des données.....	27
2.4.1	MSU.....	27
2.4.2	Internes.....	27
2.4.3	MSU et internes	28
2.4.4	Guide d'entretien.....	28
2.5	Analyse des résultats	29
2.6	Procédure réglementaire.....	29
3	RÉSULTATS	30
3.1	Population de l'étude.....	30
3.1.1	Caractéristiques des MSU	30
3.1.2	Caractéristiques des internes.....	31
3.2	Résultats sur les MSU.....	32
3.2.1	Déroulement de la méthode.....	32

3.2.2	Déroulement de la rétroaction.....	33
3.2.3	Ressenti sur la méthode	36
3.2.4	Intérêts et inconvénients de la méthode	42
3.2.5	Perspectives de la méthode.....	48
3.3	Résultats sur les internes	53
3.3.1	Déroulement de la méthode.....	53
3.3.2	Déroulement de la rétroaction.....	54
3.3.3	Ressenti sur la méthode	57
3.3.4	Intérêts et inconvénients de la méthode	63
3.3.5	Perspectives	67
4	DISCUSSION.....	69
4.1	Rappel des principaux résultats	69
4.1.1	Concernant les résultats des MSU.....	70
4.1.2	Concernant les résultats des internes.....	71
4.2	Discussion des principaux résultats	72
4.2.1	La méthode est adaptable à tous les niveaux	72
4.2.2	La gestion du temps.....	73
4.2.3	L'acceptabilité	75
4.2.4	La communication.....	79
4.3	Discussion de la méthode	83
4.3.1	Forces de l'étude	83
4.3.2	Faiblesses de l'étude	84
4.4	Perspectives.....	86
4.4.1	La SODEV pour les externes ?	86
4.4.2	La SODEV pour les médecins installés ?	86
4.4.3	La SODEV en milieu hospitalier ?.....	87
4.4.4	L'acceptabilité des patients et des internes à la SODEV ?	87
5	CONCLUSION.....	88
6	BIBLIOGRAPHIE.....	89
7	ANNEXES.....	92

1 INTRODUCTION

La relation médecin-malade a une place prépondérante en médecine générale. En effet, une bonne communication améliore la qualité de vie des patients et la satisfaction du patient vis-à-vis du médecin. Les patients sont moins anxieux et prennent part aux décisions médicales (1).

Il s'agit d'une compétence qui fait partie du référentiel métier du médecin généraliste (2) et c'est devenu un objectif d'enseignement dans les facultés de médecine.

Pourtant l'évaluation des internes lors de leur formation est principalement basée sur leurs compétences techniques et théoriques de la médecine ; ils sont bien sûr évalués sur la communication lors de leurs différents stages, mais l'évaluation est plutôt subjective et n'est pas aussi approfondie qu'avec une caméra qui montre les lacunes de communications verbales ou non verbales de l'interne, que lui-même pourra voir et donc corriger.

La supervision directe par vidéo est donc l'outil qui manquait pour évaluer cette capacité de communication, qui est d'ailleurs très importante aux yeux des patients.

Après avoir montré son efficacité en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), nous nous sommes demandé pourquoi ne pas le mettre en place plus tôt dans les études, et donc dans le stage de niveau 1, où l'étudiant est confronté à des situations de semi-autonomie voire d'autonomie complète.

1.1 Les stages de médecine générale en France

1.1.1 Le DES de médecine générale

Selon un arrêté d'avril 2017 (3), le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale a connu quelques modifications.

Lors de l'entrée dans le troisième cycle des études médicales, l'étudiant en médecine générale s'inscrit dans le DES de médecine générale.

Il a une durée de 6 semestres et contient trois phases distinctes décrit dans le décret du 26 novembre 2016 (4) avec pour objectif une autonomisation progressive :

- « *La phase 1 dite phase socle correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession.* »
- « *La phase 2 dite phase d'approfondissement correspond à l'acquisition approfondie des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie.* »
- « *La phase 3 dite phase de consolidation correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité* ».

1.1.2 Formation théorique (hors stage) :

L'étudiant en médecine générale va bénéficier d'un accompagnement durant le troisième cycle par un référent pédagogique.

Un contrat de formation est conclu à l'issue de la validation de la phase 1 qui définit des objectifs pédagogiques ainsi que le parcours de formation suivi au sein de la spécialité.

L'enseignement en dehors du stage a lieu sur deux demi-journées par semaine :

- une demi-journée de formation universitaire ;
- une demi-journée de formation en autonomie.

Au terme de la formation, le DES de médecine générale a pour objectif l'acquisition de 6 compétences :

- Premier recours, urgence.
- Relation, communication, approche centrée-patient.
- Approche globale, prise en compte de la complexité.
- Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire.
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient.
- Professionnalisme.

L'enseignement théorique est donc basé sur cette « marguerite des compétences » nommée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

1.1.3 Formation pratique (en stage) :

La formation pratique a deux phases bien définies :

1.1.3.1 La phase socle

C'est une phase d'accompagnement, où l'étudiant va progressivement acquérir des fonctions d'internes, avec une acquisition des connaissances et compétences de base, communes à tous les médecins.

Cette phase a une durée de deux semestres :

- un stage en médecine générale auprès d'un praticien agréé (médecin généraliste),
- un stage en médecine d'urgence.

A la fin de la phase socle, l'étudiant pourra définir un projet professionnel qui lui permettra d'accéder à des Formations Spécialisées Transversales (FST).

1.1.3.2 La phase d'approfondissement

Elle permet une acquisition approfondie des connaissances et compétences nécessaire à la spécialité exercée.

Elle comprend quatre semestres :

- un stage en médecine polyvalente,
- un stage en médecine de l'enfant,
- un stage en médecine de la femme,
- un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

1.1.4 Le stage de premier niveau chez le praticien agréé

Il s'agit du premier stage dans un cabinet libéral auprès d'un médecin généraliste. Ce stage peut s'effectuer durant les deux premières années de l'internat. Les modalités sont décrites dans le décret n°97-495 du 16 mai 1997 (5).

Ce stage se découpe en trois phases successives :

- une première phase d'observation au cours de laquelle l'interne se familiarise à ce nouvel environnement ;
- une deuxième phase semi-active au cours de laquelle l'interne peut exécuter des actes ou réaliser des consultations en présence du Maître de Stage Universitaire (MSU) ;
- une troisième phase active où l'interne peut accomplir des actes seul et où le MSU peut intervenir si besoin.

1.1.5 Le SASPAS

Il s'agit d'un stage réalisé lors de la dernière année d'internat de l'interne en phase d'approfondissement.

Dans ce stage, l'interne est autonome pour les consultations et le MSU réalise une supervision indirecte à son interne en fin de journée.

1.2 Les méthodes d'évaluation lors des stages de premier niveau

Il existe différents outils pédagogiques pour évaluer les internes de médecine générale qui sont décrits dans pédagogie médicale en 2002 (6).

1.2.1 La supervision indirecte

C'est un moyen de formation fréquemment utilisé en SASPAS en France.

Il s'agit d'un compte rendu oral réalisé par l'interne à son MSU après la réalisation de ses consultations en autonomie.

Cette méthode peut présenter des biais, et ne pas montrer certaines lacunes, que l'interne n'a pas su discerner, notamment sur la communication.

1.2.2 La supervision directe

C'est la méthode de choix pour explorer plus spécifiquement les compétences relationnelles de l'étudiant et les techniques d'entrevue.

Elle peut se faire en présence physique directe du maître de stage (c'est le cas le plus habituel en France) ou nécessiter des moyens matériels plus complexes : miroir sans tain ou enregistrement vidéo. Dans ce deuxième cas, on l'appelle Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV).

C'est la méthode qui nous intéresse pour ce projet de thèse.

1.3 Données de la SODEV à l'international

La bibliographie sur la SODEV est majoritairement canadienne et anglo-saxonne.

1.3.1 Au Canada

Depuis une trentaine d'années, la supervision par observation directe et l'utilisation de la vidéo font partie des activités pédagogiques à l'Unité de Médecine Familiale (UMF) de l'Hôpital de Laval (7).

Ils se sont donc intéressés à un programme d'enseignement des sciences du comportement destiné aux étudiants en médecine. La SODEV a donc été le moyen pédagogique privilégié et fait partie dorénavant intégrante du programme des résidents depuis plusieurs années.

La SODEV est pratiquée de la manière suivante au Canada (8) : durant leurs consultations avec les patients, les étudiants sont souvent observés, derrière un miroir sans tain, par un médecin seul ou accompagné d'un intervenant psychosocial. A la fin de la consultation, les observateurs réalisent une rétroaction avec l'étudiant pour améliorer sa compétence professionnelle.

1.3.2 Dans de le reste du monde

La SODEV est présente aux Etats-Unis depuis 1977 (9) et de nombreuses études sur le sujet ont été réalisées ; le Royaume-Uni n'est pas en reste et travaille beaucoup sur le sujet (10).

On retrouve aussi des articles sur la SODEV en Norvège, en Allemagne, en Corée du Sud et en Turquie (11).

1.4 Données françaises

En France, la SODEV commence à se développer mais reste encore peu utilisée dans les facultés.

Gaëlle Jacquet en 2018 (11) a réalisé un état des lieux de la SODEV en France et à l'international. En France, 90,7% des Départements de Médecine Générale (DMG) n'utilisent pas la SODEV (29 sur 32) mais 68,75% (22 DMG) souhaiteraient y participer à l'avenir.

William Durieux (12) est le premier en 1998 à travailler sur la SODEV en France, grâce à son parcours au sein de l'UMF de l'Université de Montréal. Il décrit son expérience et explique le fonctionnement de la supervision directe.

Les principaux travaux de thèse suivants ont concerné la SODEV en SASPAS avec notamment Elodie Pailhé (13) en 2012 qui a réalisé une étude qualitative auprès des MSU afin de connaître les avantages et les inconvénients de la SODEV en Isère et Savoie, une triple étude en 2014 avec Nicolas De Jongh, Laetitia Dumange et Augustin Houdusse (14–16) où l'objectif était de mettre en place un outil qui associe la SODEV et la grille de Calgary-Cambridge, auprès d'internes et de leurs maîtres de stage à Poitiers.

Seule Sophie Roua en 2014 (17) a réalisé une étude qualitative sur la faisabilité de l'utilisation de la SODEV en niveau 1 où elle a interrogé les MSU. Son travail a montré une bonne acceptabilité par les MSU et les internes.

1.5 L'importance de la communication en médecine générale

La communication dans la relation soignant-soigné a été mise en exergue dans un bulletin de l'Académie nationale de médecine en 2006 « *La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication.* » (18). Une revue systématique (19) a décrit les principales qualités attendues par les patients de leur médecin généraliste. On y retrouve les notions de compétences, d'accessibilité, d'implication mais aussi de communication et également des notions de bienveillance.

On comprend donc, que pour être un bon médecin généraliste, l'aspect relationnel est important, et pourtant, il n'existe pas vraiment en France de technique pour évaluer cet aspect, et faire progresser l'interne en médecine générale.

La SODEV est utilisée en SASPAS depuis quelques années en France et a montré son efficacité. Cependant, pourquoi ne pas l'utiliser plus tôt dans le cursus, dès notre premier stage en médecine générale ? Dès nos premières mises en situation afin de se rendre compte rapidement de ses lacunes et de pouvoir les corriger.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le retour d'expérience d'un protocole de supervision directe par vidéo auprès des MSU et des internes lors de leur stage de niveau 1 à Rouen.

2 MÉTHODE

Les études qualitatives sont des méthodes d'investigation scientifique qui consistent à analyser des données descriptives employées en sciences sociales.

Cette méthode permet de comprendre la perception d'une question par une population cible et d'acquérir une connaissance profonde de phénomènes sociaux grâce à des analyses de texte sur des données difficilement quantifiables (20).

Les méthodes de recherche qualitative les plus utilisées sont : l'interview et l'observation.

2.1 L'interview

Il s'agit d'une méthode d'enquête qualitative (21) qui repose sur une situation d'entretien individuel, en face à face, avec un interviewer et un interviewé.

Il existe plusieurs types d'entretiens individuels :

- entretien structuré : à l'aide d'un guide d'entretien ;
- entretien semi-structuré où l'interviewer peut utiliser des questions ouvertes ;
- entretien non structuré, dans lequel l'interviewé décide du cours et/ou du sujet de l'entretien.

L'entretien type doit se dérouler dans un endroit calme. L'interviewer doit présenter le thème de l'entretien, doit demander le consentement pour l'enregistrement, doit identifier l'interviewé et doit initier des questions simples ouvertes. Il doit avoir une écoute active et suivre un canevas d'entretien pour ne pas s'éloigner de la question initiale.

L'entretien semi-dirigé laisse une liberté importante à l'interviewé qui peut exprimer son ressenti de manière spontanée. Cela apporte à l'enquêteur un panel de réponses variées.

2.2 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive avec réalisation d'entretiens semi-dirigés individuels.

2.3 Population étudiée

La population étudiée regroupait l'ensemble des MSU et leurs internes en stage de niveau 1 de médecine générale de la faculté de médecine de Rouen.

Les critères d'inclusion étaient leur accord à la participation à l'étude et la réalisation de la méthode selon un protocole prédéfini (Annexe 8) durant un semestre.

Nous avons exclu de l'étude les personnes ayant participé à cette thèse.

2.4 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par entretiens semi-dirigés individuels auprès des MSU et des internes après leur expérimentation de la SODEV durant le semestre d'hiver de novembre 2018 à mai 2019 et durant le semestre d'été de mai 2019 à novembre 2019.

2.4.1 MSU

Le lieu et l'horaire des entretiens ont été choisis par les médecins.

Les entretiens ont eu lieu pour cinq MSU à leurs cabinets respectifs et pour quatre MSU au département de médecine générale de Rouen.

2.4.2 Internes

Le lieu et l'horaire des entretiens ont été choisis par les internes.

Les entretiens ont eu lieu pour quatre internes à leurs domiciles, pour deux internes à la faculté de médecine de Rouen et pour un interne dans le cabinet de son maître de stage.

2.4.3 MSU et internes

De façon systématique, l'objectif et les caractéristiques de l'étude ont été expliqués aux participants. Avant chaque entretien, un consentement écrit (Annexe 7) était requis, qui garantissait l'anonymat.

Chaque entretien a été doublement enregistré sur l'application dictaphone d'un smartphone et sur un dictaphone afin de sécuriser au maximum les données recueillies.

Les retranscriptions des entretiens ont été faites immédiatement après les entretiens. La retranscription de chaque entretien a été réalisée de façon manuelle grâce au logiciel oTranscribe.

La mise en forme a été réalisée via le logiciel Microsoft Word. Les enregistrements vocaux ont été retranscrits dans leur intégralité.

2.4.4 Guide d'entretien

Le canevas de l'entretien semi-dirigé a été réalisé au préalable en prenant en compte les différents entretiens déjà réalisés dans la littérature française dans le cadre de la SODEV.

Le guide d'entretien a été élaboré dans un but de clarté afin de suivre le plan suivant (Annexe 1 et 2) :

- présentation ;
- déroulement de la méthode ;
- déroulement de la rétroaction ;
- intérêts de la méthode ;
- inconvénients de la méthode ;
- impact sur la communication ;
- relation interne/MSU ;
- avenir de la méthode.

Le guide d'entretien a été modulé au fil des entretiens en ajoutant des nouvelles idées, ou en retirant les idées non pertinentes.

2.5 Analyse des résultats

Les données ont été analysées via le logiciel NVivo 12 avec la création de nœuds correspondants aux thèmes ci-dessus et des sous-nœuds pour les idées évoquées par les interlocuteurs.

L'analyse des résultats a été effectuée en séparant les deux populations étudiées : les MSU et les internes.

Le travail a bénéficié d'un double encodage.

2.6 Procédure réglementaire

Ce travail de thèse a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche non interventionnelle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen (Annexe 6).

3 RÉSULTATS

3.1 Population de l'étude

3.1.1 Caractéristiques des MSU

Nous avons réalisé neuf entretiens semi-dirigés individuels de novembre 2018 à novembre 2019.

Les entretiens ont été réalisés sur une durée variable allant de 15 à 36 minutes pour une moyenne de 25 minutes.

L'âge moyen des MSU était de 47,6 ans et l'âge médian de 44 ans.

Les caractéristiques des MSU sont résumées dans le tableau d'échantillonnage 1.

Tableau d'échantillonnage 1

Médecins	Tranche d'âge	Sexe	Milieu d'exercice	Fait partie du DMG	Durée de l'entretien (en minutes)
MSU 1	60-65 ans	Homme	Rural	Non	18
MSU 2	35-40 ans	Femme	Urbain	Oui	28
MSU 3	35-40 ans	Homme	Rural	Oui	36
MSU 4	40-45 ans	Homme	Rural	Oui	17
MSU 5	30-35 ans	Femme	Urbain	Oui	23
MSU 6	60-65 ans	Homme	Rural	Oui	29
MSU 7	30-35 ans	Homme	Urbain	Non	27
MSU 8	60-65 ans	Homme	Rural	Non	15
MSU 9	50-55 ans	Homme	Urbain	Non	33

3.1.2 Caractéristiques des internes

Nous avons réalisé sept entretiens semi-dirigés individuels de novembre 2018 à novembre 2019.

Les entretiens ont été réalisés sur une durée variable allant de 14 à 36 minutes pour une moyenne de 21 minutes.

L'âge moyen et l'âge médian des internes étaient de 26 ans.

Les caractéristiques des internes sont résumées dans le tableau d'échantillonnage 2.

Tableau d'échantillonnage 2

Internes	Tranche d'âge	Sexe	Semestre	Durée de l'entretien (en minutes)
Interne 1	25-30 ans	Femme	1 ^{er} semestre	36
Interne 2	25-30 ans	Femme	1 ^{er} semestre	14
Interne 3	25-30 ans	Homme	1 ^{er} semestre	21
Interne 4	25-30 ans	Femme	2 ^{ème} semestre	28
Interne 5	25-30 ans	Femme	2 ^{ème} semestre	14
Interne 6	25-30 ans	Femme	4 ^{ème} semestre	20
Interne 7	25-30 ans	Homme	4 ^{ème} semestre	17

3.2 Résultats sur les MSU

3.2.1 Déroutement de la méthode

3.2.1.1 Le choix des patients s'est fait :

3.2.1.1.1 Au hasard

« Alors c'était au pif » MSU 2

« Après on a pris les trois patients à la suite, au hasard, et la deuxième fois ça été, on fait tel jour et on a pris les trois premiers, complètement au hasard, d'accord, sans dire "nan celui-là ça ne va pas aller", complètement au hasard » MSU 6

« Au hasard, on demande, il y a des gens, la première a refusé justement, euh le deuxième je me souviens c'est un enseignant, donc euh au contraire il s'est prêté au jeu comme c'était pédagogique, et le troisième il n'y a pas eu de problème non plus pour la première séance » MSU 8

3.2.1.1.2 Au hasard mais la consultation n'était pas idéale à filmer

« Je pense que la consultation qui était là, ce n'était pas la consultation idéale parce que, mais je ne pouvais pas prévoir quelle consultation ce serait, c'était une femme pour un premier frottis, donc du coup c'est intéressant mais en même temps c'est pas forcément facile » MSU 5

3.2.1.1.3 Au préalable par le MSU en sélectionnant les patients

« J'ai choisi le patient pour être plutôt euh comment dire favorable à l'enregistrement » MSU 3

« J'ai biaisé un tout petit peu l'enregistrement c'est à dire que j'ai pris des patients que je connaissais très bien et où je savais déjà à l'avance qu'ils n'allaient pas refuser » MSU 6

3.2.1.2 C'était facile sur le plan technique

« *L'angle de vision était bon et l'enregistrement sonore était bon aussi* » MSU 1

« *Sur le point de vue technique, il n'y a pas eu de soucis, c'est facile à mettre en place avec le type de caméra qu'on a choisie* » MSU 4

« *Les caméras elles sont bien, elles permettent de s'installer même sur le bureau ou pas très loin, enfin de faire des plans assez faciles à installer* » MSU 5

3.2.1.3 Mais avec des difficultés pour la prise de vue

« *Quand on place l'appareil contre un mur c'est pas évident de faire le cadrage [...] on est obligé de regarder un peu derrière (mime) au bout de ... (rires) ou d'utiliser un smartphone pour pouvoir regarder derrière l'écran* » MSU 3

« *C'était pas évident de placer la caméra, non sinon pas eu de problème technique* » MSU 7

« *C'était plutôt facile à mettre en œuvre sauf la position de la caméra* » MSU 9

3.2.1.4 Le MSU s'est filmé avant d'enregistrer l'interne

« *Du coup je l'ai fait moi-même d'abord, j'ai fait sur trois consultations je crois, et puis après avec l'interne, voilà je trouvais que, fallait que j'essaye* » MSU 7

3.2.2 Déroulement de la rétroaction

3.2.2.1 Auto-évaluation par l'interne puis hétéro-évaluation avec le MSU

« *J'ai laissé l'interne s'auto-débriefer en fonction de ce qu'il avait noté euh je lui ai commenté ses remarques qui étaient judicieuses* » MSU 3

« *L'interne a visionné la consultation euh dans son coin et puis après on a pu en discuter ensemble* » MSU 4

« Déjà s'auto-évaluer, il voit tout ce qui est bien, tout ce qui n'est pas bien, déjà le travail est déjà fait en auto-évaluation » MSU 8

3.2.2.2 Ou uniquement de l'hétéro-évaluation avec le MSU

« Après la consultation du coup bah on est revenu dessus mais un petit peu de façon particulière parce que du coup ça lui faisait ressortir ses émotions » MSU 5

« On l'a revisualisé ensemble [...] je préfère visualiser en même temps que l'interne et puis on s'arrête, on regarde, on dit "tiens et là, il y avait quoi ?" voilà, pour moi c'est plus simple » MSU 6

3.2.2.3 Ou rétroaction sur une partie des consultations

« On a vu une des deux consultations je crois » MSU 1

« Je lui ai laissé choisir, on avait fait trois consultations et je lui ai dit "bah est ce qu'il y en a une que tu veux regarder plutôt qu'une autre ? ", donc il voulait en regarder une et puis je lui ai dit "est-ce qu'il y a une partie que tu aimerais revoir ? " parce qu'effectivement euh une consultation qui peut être plus longue, ça fait assez long finalement si on regarde tout, donc on avait regardé une partie » MSU 7

3.2.2.4 L'objectif de la rétroaction était de positiver

« Je lui ai fait part de quelques autres choses euh sachant que c'était plutôt dans le sens euh positif, j'ai guidé que des éléments positifs parce qu'il y avait vraiment pas mal d'éléments positifs » MSU 3

« C'était des choses plutôt positives, c'était du renforcement positif pour l'interne quoi » MSU 4

« Du coup j'ai été que dans le positif (rires) » MSU 5

3.2.2.5 Mais l'interne pouvait le vivre négativement

« Elle avait vécu des choses négativement, alors que quand on l'a regardée, on trouve, on ne voyait pas que c'était, enfin on ne ressentait pas son mal-être » MSU 5

3.2.2.6 Avec utilisation de la grille de Calgary

3.2.2.6.1 Qui était difficile à utiliser

« Il manque une case où on ne peut pas se prononcer, tu vois, j'ai mis une "ne sait pas" parce qu'on ne pouvait pas évaluer ces parties-là, il manque cette case là des choses qu'on ne peut pas évaluer » MSU 2

« La grille est difficile à utiliser euh elle est très grande » MSU 3

« On avait la fiche de compétence, mais j'avoue que ce n'est pas évident de, de faire le lien entre les deux, entre la vidéo, la fiche, c'était pas forcément évident » MSU 7

3.2.2.6.2 Avec des questions qui se répétaient

« Alors il y a des questions qui sont redondantes, des questions fumeuses » MSU 1

« Elle est trop longue, trop, il y a des redondances sur certains items je pense et euh je pense que c'est tellement long, que c'est, quand tu l'as vu, honnêtement c'est écrit tout petit » MSU 2

« C'est un bon guide mais c'est pas toujours facile à utiliser euh parce qu'elle est assez, euh, conséquente également voilà » MSU 5

3.2.2.6.3 Mais la grille a servi de support

« La grille, elle est adaptée » MSU 6

« Oui ça été, oui, oui, je viens justement de la donner à mon nouvel interne pour qu'il voit ce qui faut qu'il fasse » MSU 8

3.2.2.7 La rétroaction a pris du temps

« C'est à dire que là, on a vu une des deux consultations je crois puis après l'interne devait partir » MSU 1

« Ce qui était compliqué c'était voilà, trouver à la fin un créneau où j'avais du temps après pour débriefer avec elle et de me bloquer moi une heure pour débriefer avec elle » MSU 5

3.2.2.8 Mais en s'organisant, les MSU ont libéré du temps

« Sur le débriefing en fait, j'ai utilisé un créneau dont je dispose pour de la paperasse ou des visites supplémentaires où je savais qu'il n'y avait pas de visite [...] on a disposé d'une heure sans problème et on aurait pu avoir plus s'il y avait eu besoin » MSU 3

« La deuxième rétroaction bah euh bien plus rapide, on a vraiment ciblé sur ce qu'il fallait qu'elle travaille car les points positifs ils n'y en avaient pas beaucoup plus par rapport à la première fois » MSU 2

3.2.3 Ressenti sur la méthode

3.2.3.1 Ressenti du MSU

3.2.3.1.1 La formation à la SODEV durant la journée des MSU était compréhensible, intéressante mais un peu courte

« C'était très facilement compréhensible » MSU 1

« En termes de formation à peu près, c'était un peu court » MSU 5

« C'était hyper intéressant puis d'avoir un petit peu l'avis de gens qui ont pratiqué la SODEV, non c'était très bien, ça a participé à m'inciter à le faire quoi » MSU 7

3.2.3.1.2 Se filmer a été bénéfique pour les MSU

« Moi j'ai appris des choses en me filmant » MSU 3

« Après je pense que ça peut être bénéfique enfin même pour nous, si on avait le temps de se filmer aussi et de se regarder, on apprendrait des choses » MSU 4

« Je trouvais ça très intéressant, c'est un outil innovant et qui me paraissait assez pertinent, se regarder euh consulter pour savoir comment, comment on réagit aux choses, comment on communique » MSU 7

3.2.3.1.3 Filmer la consultation en trinôme n'était pas intéressante

« Non, je ne me trouve ni plus beau, ni plus moche qu'avant » MSU 1

« Non puisqu'on est rapidement rentré dans des considérations purement biomédicales qui étaient vraiment intéressantes pour le patient donc on a regardé un petit bout mais surtout pour constater qu'il n'y a pas grand-chose à en tirer » MSU 3

3.2.3.1.4 La SODEV était moins gênante pour l'interne qu'une supervision directe

« D'autant plus que moi comme interne, je pense que j'étais gênée au contraire par la présence d'un tiers et de mon maître de stage en consultation, et du coup je trouvais ça intéressant dès le stage praticien de pouvoir avoir un regard » MSU 5

« Ah bah oui complètement parce qu'avec la vidéo je ne suis pas là, donc déjà je n'interviens pas quand je ne suis pas là, je pense qu'on est plus libre de faire ce qu'on veut faire en pratique et pas essayer de faire ce que le maître de stage veut qu'on fasse » MSU 7

« Ah oui, oui, oui, parce qu'on perturbe la relation quand on est là, il y a déjà l'ordinateur qui fait déjà un trinôme, ça fait quadrinôme, et donc là quand il y a un maître de stage à côté de l'interne, l'interne est différent, ça peut être facilitateur, mais je pense plutôt que c'est péjoratif pour lui » MSU 8

3.2.3.1.5 Des MSU ont déjà tenté l'expérience auparavant de façon non officielle

« L'interne ne me croyait pas donc je l'avais enregistré et euh et en fait en se voyant j'avais trouvé qu'il n'avait pas pu dire qu'il ne le faisait pas » MSU 2

« Le fait d'avoir déjà fait de la supervision en niveau 1 auparavant, tout seul sans aucun protocole et sans grille non plus mais avec en tête euh des grilles euh la Calgary-Cambridge en particulier » MSU 3

« Moi j'en avais déjà fait, bon ce n'était pas officiel, parce qu'on a une caméra intégrée sur les ordinateurs, avec mes internes, avant pour leur montrer comment ils étaient pendant la consultation donc euh, en prévenant les patients, mais c'était pas officiel hein » MSU 8

3.2.3.1.6 Le patient n'a pas été un frein à la méthode

« Ils étaient tous coopérants euh donc à mon avis c'est pas un frein » MSU 1

3.2.3.1.7 Un MSU a changé sa façon de procéder après avoir visionné son interne

« Ce que je me suis aperçu à la première mouture, je lui présentais tous les dossiers avant, euh en lui faisant un résumé le plus complet possible, mais on s'est aperçu qu'elle n'avait pas le temps d'intégrer toutes les données, et donc ça lui faisait perdre du temps au début parce qu'elle reprenait à nouveau le dossier, on s'est aperçu de ça, elle accueillait les gens, elle lisait son ordinateur, et donc ça a permis de changer à MOI ma façon de travailler, c'est que je ne lui présente plus du tous les dossiers » MSU 6

3.2.3.2 Ressenti de l'interne par le MSU

3.2.3.2.1 L'interne était stressé et gêné de se voir

« Euh peut être un petit peu plus stressé (rires) » MSU 1

« Mais par contre elle s'est vue donc ça lui a fait bizarre aussi, elle a rigolé un petit peu euh "ah oui c'est ma voix" » MSU 2

« C'est une interne qui avait besoin, enfin de renforcement et de confiance en elle, enfin tout ça, et que le fait de se revoir en vidéo comme ça c'était un exercice qu'elle n'arrivait pas ... » MSU 4

3.2.3.2.2 Les internes ont vite oublié la caméra et le deuxième enregistrement s'est mieux passé

« Il m'a dit que euh qu'au bout de quelques secondes il a oublié que la caméra était là » MSU 3

« Ouais voilà et puis on oublie vite la caméra, pendant 2 minutes on sait qu'on est filmé puis après on est pris dans la consultation » MSU 7

« La deuxième fois, la caméra ne la gênait plus du tout » MSU 6

« J'ai senti plus d'aisance et plus de naturel dans la consultation par rapport au patient, j'ai retrouvé euh notamment dans les gestes de l'interne et dans l'aisance de son élocution naturelle, plus de naturel que lors du premier enregistrement » MSU 9

3.2.3.2.3 Des internes ont été mal à l'aise avec la caméra

« Ça arrivait tout en fin de stage, l'interne étant toujours très, très mal à l'aise avec ça, euh on n'a pas pu faire un deuxième enregistrement » MSU 4

« Elle a petit problème de confiance en elle et euh du coup euh la vidéo ça l'a mise très mal à l'aise et elle m'a dit qu'elle a pensé du début à la fin à la caméra » MSU 5

3.2.3.2.4 L'interne semblait réticent au départ mais a trouvé la méthode utile finalement

« Il m'a dit "j'étais réticent au départ" mais c'est vrai que c'était très intéressant et qu'il était euh enfin qu'il était satisfait d'avoir fait ça et que ça lui a semblé utile » MSU 3

« Le premier, il y a toujours une appréhension de l'interne, euh, peur de pas être comme d'habitude, intrusion de l'image mais dès la deuxième ça disparaît et ça devient utile » MSU 8

3.2.3.2.5 La caméra n'a pas influencé la communication

« Absolument pas, ni sur cette fois ci, ni sur les fois précédentes » MSU 3

« Non, non, non, exactement la même, y compris la deuxième fois, justement, alors par contre on a bien fait attention à ça, à se dire, voilà il y a une caméra on l'a posée au bout du bureau, pas dans son angle de vision direct de façon à ce qu'elle n'est pas tendance à aller regarder, je ne pense pas que ça l'ai perturbée quoique ce soit » MSU6

3.2.3.2.6 Mais l'interne faisait plus d'effort quand il était filmé

« Quand on se sent filmé euh on essaie d'être bon quoi ! » MSU 1

« Dès que la consultation a commencé et il s'est focalisé sur la consultation en elle-même et la communication de la consultation, alors on avait dit qu'on axerait bien sûr le débriefing sur de la communication et que je l'encourageais à enjoliver un peu, enfin du moins à essayer de jouer un petit peu avec euh les concepts de communication » MSU 3

3.2.3.3 Ressenti du patient par le MSU

3.2.3.3.1 Bonne acceptation des patients

« Il y a eu aucun refus hein, ils étaient tous d'accord » MSU 1

« Aucun problème, vraiment il n'y aucun qui a refusé, vraiment aucun problème, même moi quand je l'ai fait moi-même, je leur ai expliqué à quoi ça servait, que c'était pour travailler sur la communication avec mon interne, il n'y a eu vraiment aucun problème » MSU 7

« Oui un bon ressenti, je te dis la deuxième était un peu réticente sur le moment parce qu'elle ne savait pas trop c'est la première fois qu'elle venait au cabinet ou elle a quand même dit oui, puis elle a quand même joué le jeu, pendant la consultation » MSU 2

3.2.3.3.2 ... sauf un patient

« *La première a refusé justement* » MSU 8

3.2.3.3.3 Est-ce que le patient n'osait pas refuser ?

« *Moi je me suis posé la question après coup si la patiente n'avait pas, euh accepté parce qu'elle s'était sentie obligée d'accepter* » MSU 5

« *La deuxième fois on a pris des gens, je suis allé les chercher dans la salle d'attente, en disant "on fait l'expérimentation, euh on a une caméra, euh si vous ne voulez pas on ne le fera pas" voilà, et puis ils me connaissent un petit peu je suis un peu dirigeant là-dessus* » MSU 6

3.2.3.3.4 Le type de consultation filmée pouvait rendre mal à l'aise le patient

« *Mais être filmé pour une consultation gynéco, c'est peut-être, pour une femme de 25 ans, euh ou 26 ans, ce n'est peut-être pas non plus les consultations les plus faciles* » MSU 5

3.2.3.3.5 La patientèle était habituée à voir des internes

« *Ceux qui l'acceptent, il n'y a pas de problème, ils ont l'habitude d'avoir des internes ici depuis le temps que j'en prend, tout ceux qui n'aimaient pas ça ils sont partis, tant pis pour eux* » MSU 8

3.2.3.3.6 Les patients semblaient moins gênés qu'en supervision directe

« *Je pense qu'ils sont euh ils sont pas plus gênés que le fait d'avoir le maître de stage qui est au bout de la table donc moi, où ils sont plus tentés de venir me parler alors qu'avec la caméra, ils ne peuvent pas leur parler* » MSU 2

3.2.3.3.7 La caméra ne dérangeait pas les patients

« *Les patients, ils rigolaient avec ça donc euh, bah il y en a qui là vous disent : "bah je vais vous faire une séance de strip-tease" (rires)* » MSU 1

« Non au début ils regardaient un peu la caméra, mais après en fait voilà, ils ne regardaient plus » MSU 2

« Je n'ai pas l'impression, vraiment pas, je crois qu'ils ont vite oublié la caméra, parce que, pour le souvenir que j'ai des deux enregistrements vidéo, à aucun moment le patient n'a regardé la caméra, elle était positionnée juste à côté de l'écran, euh elle est plutôt très petite, je n'ai pas du tout ressenti que les patients étaient préoccupés par la caméra » MSU 9

3.2.4 Intérêts et inconvénients de la méthode

3.2.4.1 Intérêts

3.2.4.1.1 C'est une méthode originale

« L'intérêt, c'est l'originalité parce que je dois dire qu'en 38 ans de carrière c'est la première fois que je me vois filmé enfin, que je vois une consultation filmée dans mon bureau » MSU 1

« Voilà surtout quand ça sort de l'ordinaire » MSU 6

3.2.4.1.2 Qui permet d'avoir un support objectif

« Qui était un bon moyen de leur faire constater euh que ce que je disais n'était pas simplement théorique » MSU 3

« Voilà c'est ça, pouvoir se rendre compte personnellement de son attitude, de ses gestes, de son langage, tout ça qui euh quand c'est quelqu'un de l'extérieur qui en parle, c'est un peu biaisé quoi » MSU 4

« Ça permet d'avoir vraiment cette restitution vraiment objective » MSU 5

« Alors la supervision vidéo ça permet, comme je vous ai dit, que les gens se rendent compte, enfin il a fallu que je lui montre qu'elle était tout le temps la main sur le menton, parce qu'elle ne s'en rendait pas compte hein » MSU 6

3.2.4.1.3 Et permet d'objectiver une progression

« Sur la deuxième supervision elle était euh extrêmement attentive à son interrogatoire et, et là j'ai senti qu'il y avait un interrogatoire qui était beaucoup plus poussé et euh elle a très bien travaillé » MSU 1

« Ah oui, oui, c'est flagrant, il y a peut-être eu un progrès sans, tout n'est pas dû à la vidéo, mais ça permet d'objectiver » MSU 8

« Il faut dire aussi qu'elle avait acquis plus d'aisance au cours du stage, plus d'aisance en consultation et du coup, là aussi c'est difficile de savoir si c'est parce que c'est le deuxième enregistrement ou si c'est parce que c'est la maturité de l'interne qui permet ça » MSU 9

3.2.4.1.4 La SODEV permet de rassurer l'interne sur son savoir-faire

« Ça peut être un moyen de euh de faire que l'interne ait confiance en lui euh en voyant tout ce qu'il fait bien : c'est un travail de mise en confiance » MSU 3

« Pour moi, il y a eu un impact phénoménal, c'est de lui montrer qu'elle avait corrigé les mauvaises habitudes, et euh surtout avec le fait quand je l'ai laissée toute seule avec le patient, lui faire voir qu'elle était APTE à devenir médecin, euh pour moi ça a un impact très positif sur l'interne » MSU 6

« Ça peut avoir une aide de réassurance pour les internes aussi, il y a certains internes qui pensent qu'ils n'y arrivent pas, alors que non, ça peut les mettre en confiance » MSU 8

3.2.4.1.5 Sur son savoir-être verbal

« C'était surtout sur l'entretien, bah des qualités globalement de d'écoute de euh (raclement de gorge) d'utilisation de questions plutôt ouvertes au départ et il a essayé de mettre en application des techniques de négociation, de, d'ébauche d'entretien motivationnel » MSU 3

« L'interne puisse se voir aussi, donc euh surtout la communication non verbale mais aussi sur la communication tout court, de voir euh, ce qu'il fait de bien, ce qu'il fait, ce qu'il pourrait perfectionner » MSU 5

3.2.4.1.6 Sur son savoir-être non verbal

« Surtout sur l'attitude, sur la gestuelle, sur le comportement » MSU 1

« On a vraiment vu euh sa manière d'être face au patient si euh donc on a vu quand elle hésitait, elle ne regardait pas dans les yeux, on a vu euh que quand elle se posait pleins de questions » MSU 2

« L'objectif principal qu'est ressorti, je crois que ça devait porter sur l'attention aux postures du patient et aux mimiques et, aux déplacements, autrement dit à la communication non verbale et principalement corporelle » MSU 9

3.2.4.1.7 La SODEV permet aussi d'étudier la communication non verbale du patient

« Même les réactions des patients, de voir comment ils répondent, comment ils réagissent à une information, parce qu'on n'est pas toujours figé sur le patient, ça c'est hyper intéressant » MSU 7

« Je sais qu'il y a des gestuelles qu'on ne fait pas attention sur le coup, hein, ça permet d'être plus attentif après en consultation, il n'y a pas de petit détail » MSU 8

« J'ai une manière d'interpréter les signes proposés par les patients à travers ses postures, ses mimiques, ses petits rites gestuels, ses petits mouvements, le sens du regard euh le son de la voix aussi, on a jamais le son de la voix d'un patient sans la vidéo et l'élocution, la manière de scander la parole, toutes ces petites choses qu'on interprète de manière quasi naturelle pourraient être un peu mieux lues avec un peu de savoir, et sans doute mieux utilisées pour l'interne, euh c'est le champ qui m'a paru le plus intéressant » MSU 9

3.2.4.1.8 La SODEV est utile sur les autres compétences

« Ouais la complexité, l'approche globale, la relation avec le patient euh, l'intrusion du tiers, vraiment je pense que même en termes de professionnalisme euh je pense que toutes les compétences peuvent être touchées par la supervision et pas que la communication » MSU 2

« Comment je m'y prends pour, euh, pour aborder le sujet de l'éducation de l'alimentation avec un jeune par exemple et bah ça, la vidéo peut être intéressante » MSU 3

« Je pense que toutes les compétences peuvent être évaluées par la SODEV » MSU5

3.2.4.1.9 Permet de voir et d'entendre des choses qu'on n'aurait pas vues ni entendues durant la consultation

« Ça permet déjà, d'enregistrer des petites choses que l'on n'a pas forcément enregistrées euh en supervision indirecte et puis euh bah ça permet de mémoriser et puis de revoir tout ça et puis d'en discuter » MSU 1

« Parfois on parle et puis en fait le patient dit quelque chose, mais en fait comme on n'écoute pas, en fait il dit un truc super important, et finalement, ça permet d'être plus attentif en consultation, aux petits trucs que le patient va dire tout bas, ou quand on est en train de parler, et qu'en fait qui est hyper important dans la prise en charge » MSU 7

3.2.4.1.10 Intérêt d'auto-évaluation de l'interne

« Je pense que c'est un intérêt d'auto-évaluation pour l'interne voilà, de euh de visualiser euh son attitude » MSU 4

« L'intérêt de la vidéo, deux intérêts : c'est de l'auto-évaluation pour l'interne et nous de la supervision indirecte » MSU 8

3.2.4.1.11 La SODEV permet de libérer du temps avec l'interne et aide pendant l'évaluation de stage

« L'occasion du coup de se poser, euh de se fixer, de se fixer un trou dans le planning pour voir l'interne et discuter, du coup de faire un bilan de mi-stage parce que c'est pas forcément fait, et que moi je pense que si j'avais pas eu ça, je sais pas si j'aurais vraiment organisé en fait » MSU 5

« Ce que l'outil apporte aussi c'est, euh à un temps consacré à un débriefing, sur une seule consultation, plus long qu'on ne l'aurait fait si on n'avait pas eu la vidéo, donc ça apporte un approfondissement » MSU 9

3.2.4.1.12 Et permet à l'interne d'avoir de l'autonomie

« L'objectif c'est plutôt avec une SODEV de pouvoir ne pas intervenir du tout et laisser faire l'interne du début à la fin, et puis, voir aussi qu'en fait finalement, il se débrouille bien en faisant ses propres choix » MSU 5

« Il faut autonomiser les gens le plus rapidement possible mais il faut contrôler ce qui se passe, et effectivement l'outil est adapté, la caméra le rend plus naturel que le présentiel » MSU 8

3.2.4.1.13 La SODEV permet de fixer des objectifs à travailler dans les consultations non filmées

« Déjà, voir comment on est c'est déjà important, mais voir comment on pourrait arriver à un meilleur résultat de consultation pour les prochaines fois » MSU 2

« Moi le seul objectif, je lui ai dit "faut que tu arrêtes de te poser le menton sur la main" je l'avais remarqué mais c'était difficile de lui dire qu'elle faisait ça, et oui puis elle disait tout le temps "ok" aux gens, elle le dit toujours, mais beaucoup moins parce que comme justement elle a pris l'habitude d'un autre mode de réflexion, et bah ça change tout ça » MSU 6

3.2.4.2 Inconvénients

3.2.4.2.1 Le temps : méthode chronophage

« Il y a le temps, il faut prendre du temps, pour moi il faut prendre une heure pour pouvoir discuter quoi, bah déjà il faut vingt minutes pour voir la vidéo, et puis après un peu de temps pour rediscuter » MSU 7

« Le gros c'est le temps, d'expliquer aux gens, faire lire, faire signer ; c'est ça qui est lourd » MSU 8

« C'est le temps de débriefing qui est plus long, évidemment c'est intéressant mais c'est du temps, les médecins n'en ont pas beaucoup » MSU 9

3.2.4.2.2 La gêne de l'interne et sa personnalité

« Je pense qu'il y a d'autres internes qui seront gênés par la caméra et qui, ne seront pas tout à fait comme d'habitude » MSU 2

« C'est l'angoisse de l'interne à l'idée d'être filmé » MSU 9

3.2.4.2.3 L'appréhension du patient

« Je dirais qu'ils sont plus liés à l'appréhension de l'étudiant et ou du patient » MSU 3

« Les inconvénients, c'est la gêne occasionnée pour les patients, les patients peuvent refuser d'être filmé » MSU 9

3.2.4.2.4 La difficulté technique à bien placer la caméra

« Bien régler la caméra pour qu'elle soit dans le bon angle de vue » MSU 8

« C'était plutôt facile à mettre en œuvre sauf la position de la caméra » MSU 9

3.2.4.2.5 Manque la partie examen clinique

« Pour moi c'est euh il manque toute la partie examen clinique, il manque la démarche diagnostique qui évolue au cours de l'examen clinique » MSU 1

3.2.5 Perspectives de la méthode

3.2.5.1 Les MSU sont prêts à utiliser cette technique aux futurs internes

« Oui, oui, oui même si avant j'étais, je me disais "bah ça ne sert à rien niveau 1 parce que je suis tout le temps-là de toute façon, je vois tout ce qu'il se passe" et en fait je me rends compte quand même qu'il y a des choses que j'ai du mal à expliquer » MSU2

« Je vais essayer de m'y mettre encore plus tôt après » MSU 4

« Oui bien sûr, bah ça me paraît indispensable, je crois que quand on l'a fait une fois, on ne peut pas faire un pas vers le progrès et reculer après vers l'arrière » MSU 9

3.2.5.2 La méthode est adaptée au stage de niveau 1

« Si on veut avoir une bonne amélioration de la démarche diagnostique, il vaut mieux le faire relativement tôt, euh même pour un interne de premier niveau » MSU 1

« C'est dommage que quand t'es en sixième semestre en SASPAS, qu'on te dise "bah attend mais ça fait dix ans que t'es comme ci ou comme ça avec ton patient" il suffit que ton niveau 1 t'es pas très bien drivé, un peu mis en autonomie rapidement personne t'a vraiment vu faire et d'un coup tu te retrouves au moment où tu penses que ça y est, tu remplaces déjà, tu vas t'installer qu'on te dit "ah bah non il y a ça, ça, ça qui va pas", bah c'est vachement dur » MSU 2

« Bah il n'y a pas de question de niveau en fait, c'est faisable à partir du moment où on cadre bien les choses et qu'on aide l'interne à ce que la consultation se passe bien » MSU 3

3.2.5.3 Et la SODEV pourrait être réalisée encore plus tôt dans le semestre

« Je pense qu'on était toutes les deux d'accord que la supervision enfin cette première vidéo était trop tard dans le semestre » MSU 2

« Je ferai de la supervision vidéo plutôt très, très tôt dans le semestre euh justement pour servir un petit peu de de référence de dire bah voilà comment tu es » MSU 3

3.2.5.4 Méthode pour l'externat

3.2.5.4.1 Des MSU sont prêts à filmer des externes en adaptant la méthode

« Je pense que c'est possible, on pourrait le faire très vite après il faut que ce soit un moment où il y a un apprentissage intéressant, je pense qu'au deuxième cycle ils sont très encore sur le savoir, et peut être moins sur le savoir-être » MSU 2

« Alors forcément l'externe ne va pas gérer une consultation, ça va être juste une tâche qui va durer cinq minutes, mais je pense ça peut être utile » MSU 3

« Ah ouais, bah pourquoi pas, peut-être un peu différemment, c'est difficile de laisser un externe tout seul, en général on ne les laisse pas faire tout, enfin si, à la fin mais une consultation tout seul c'est difficile, pourquoi pas, sur une partie de consultation, par exemple » MSU 7

3.2.5.4.2 D'autres MSU ne voient pas l'intérêt de filmer un externe

« Je ne suis pas sûr que ce soit la priorité enfin je pense qu'il vaut mieux se concentrer sur les bases » MSU 5

« Je ne vois pas un intérêt pour l'externe » MSU 6

3.2.5.5 La SODEV est utile pour tous niveaux

« Quel que soit son niveau d'avancement, même moi hein si je me regardais je verrais tous les tics » MSU 2

« Ah je pense ouais, de se filmer, de dire à l'interne "vous filmez le maître de stage, pour savoir, pour débriefer avec lui ce qu'il ne vous plait pas" » MSU 6

« Un médecin seul dans un cabinet pourrait très bien se filmer pour progresser dans sa propre démarche vis-à-vis de ses patients s'il le voulait, s'il en avait la volonté, ce n'est pas limité aux internes et donc c'est intéressant » MSU 9

3.2.5.6 La SODEV est un outil pédagogique supplémentaire

« Ça fait partie d'un outil, de plusieurs outils et c'est un des outils utilisables » MSU2

« Bah c'est UNE des techniques, voilà, euh on ne doit pas être dominé par la machine donc je pense que la meilleure technique d'évaluation, c'est la technique d'évaluation des MSU (rires), mais c'est une aide » MSU 6

« Je trouve euh très intéressant de pouvoir aider des internes, à devenir de meilleur médecin, il faut pour cela des outils qui euh, aident les internes à prendre conscience de leurs compétences, et à les améliorer, la vidéo est un outil pédagogique parmi d'autres » MSU 9

3.2.5.7 C'est une méthode à diffuser

« Puis en plus, plus il y'en aura, plus les patients seront habitués à ce type de méthode pédagogique, euh, c'est intéressant de voir que les patients comprennent vraiment qu'ils aident à la formation des internes » MSU 5

« Ça dépend du MSU l'avenir, si on prend les gens motivés par ça, je pense, je connais pas les réponses de mes collègues, mais je pense que tout le monde doit dire "bravo", ça apporte des choses qu'on aurait pas vu autrement » MSU 6

« C'est une méthode d'avenir, ah bah ouais je pense qu'il faut que ça soit, qu'on le fasse plus systématiquement » MSU 7

3.2.5.8 Être dans la bienveillance

« Les gens qui le font, il faut toujours que ce soit dans la bienveillance c'est pas pour se moquer ou euh critiquer ouvertement, c'est vraiment dans la construction, dans la bienveillance et je pense qu'il faut que ça reste comme ça » MSU 2

« Si l'interne était vraiment en grande difficulté, je pense qu'il faut surtout pas le filmer ou du moins il faut avoir travaillé en amont sur, finalement, qu'est-ce qu'on va regarder pendant le film et pas faire une consultation complète, enfin vraiment enrober les choses pour qu'il soit pas mis mal à l'aise ; si c'est simplement pour filmer ses difficultés, je pense que c'est pas très intéressant » MSU 3

3.2.5.9 Séquencer les enregistrements sur le semestre

« Si tu décides de faire plusieurs consultations, tu ne peux pas utiliser la vidéo pour tout euh et je pense que c'est bien de séquencer, c'est à dire on fait une première fois on voit qu'est-ce qu'il faut changer, qu'est-ce qu'on peut améliorer » MSU 2

« Je pense qu'il faut en faire rapidement au départ, pour ce que vous disiez sur le côté étalon, comment je suis, d'où je pars, qu'est-ce que j'ai à changer, euh il y en a à faire près de la fin pour valoriser les progrès, quand il y a des progrès, s'il n'y a pas de progrès, c'est peut-être bien de pas en refaire (rires) » MSU 3

« Euh idéalement assez tôt, enfin voilà pour faire le point donc euh sur le premier mois et demi et puis après en mi-stage et puis en fin de stage quoi » MSU 4

3.2.5.10 C'est une méthode à adapter en fonction de l'interne

« C'est très interne dépendant, il y a quand même des gens chez qui ça bloque vraiment et c'est pas évident » MSU 4

« Je pense que ça peut correspondre à certains internes, le fait d'avoir cette interne là que ça mettait mal à l'aise, ça m'a permis de me rendre compte qu'en fait, probablement il y a certains internes pour qui ça ne convient pas » MSU 5

« Il y a peut-être des internes qui seraient plus timides, qui seraient un peu intimidés par la caméra, peut être que justement pour aider ce genre d'interne aussi d'avoir la caméra, et peut être de le faire sur plusieurs consultations pour qu'ils oublient la caméra » MSU 7

3.2.5.11 Et réaliser pour sa formation

« C'est vraiment pour l'interne qu'on le fait, c'est pas pour nous et bah si on arrive à convaincre les internes que c'est important, et si on arrive à former les maîtres de stage pour qu'ils sachent débriefer une vidéo » MSU 2

« On regarde les trucs ensemble, je lui ai dit moi pour moi, c'est surtout à lui de se regarder, d'identifier si je voyais des trucs qui est intéressant à changer, ou des trucs bien, c'était ça qui était intéressant » MSU 7

3.2.5.12 Cibler les consultations

« Sur quelques consultations ça peut être intéressant alors effectivement il faut cibler les consultations » MSU 1

« Quand on peut cibler les consultations en fonction de euh ... ses besoins d'apprentissages, de ses difficultés que tu évalues en supervision indirecte » MSU 2

3.2.5.13 Les MSU souhaiteraient être formés à la communication

« Si on arrive à former les maîtres de stage pour qu'ils sachent débriefer une vidéo, moi je commence à comprendre après et bah ça sera intéressant » MSU 2

« Je pense que c'est indispensable comme méthode, avoir un petit quelque chose en formation sur la communication, peut-être qu'avec l'expérience ça devient plus logique, même peut être avoir un partage d'expérience » MSU 7

« C'est un outil que j'utilise peu, c'est une compétence que je n'ai pas professionnellement, je n'ai pas fait de stage ou de formation particulière en communication non verbale, je n'ai pas non plus lu de livres spécialisés sur cette question-là, c'est un champ qui mériterait que je m'y intéresse comme beaucoup d'autres en médecine » MSU 9

3.3 Résultats sur les internes

3.3.1 Déroutement de la méthode

3.3.1.1 Différence d'acceptation selon l'intervenant qui explique la méthode

« Au début de la consultation, il a demandé "est ce que ça vous dérange si on filme la consultation pour un travail pédagogique" et il a dit "ok" voilà » interne 3

« Je proposais quasiment à tous les patients les premiers jours de faire la consultation avec la vidéo mais je pense qu'il y avait juste trois patients, je ne sais pas sur dix ou onze, qui m'ont dit "oui" » interne 6

3.3.1.2 Le MSU s'est filmé avant de démarrer la méthode

« Il a commencé par euh faire un enregistrement de lui dans son bureau, tout seul » interne 4

« Pour le coup, je n'ai pas assisté à la consultation qu'il a filmé bien évidemment, euh il a été très égal à lui-même » interne 7

3.3.1.3 Les internes étaient en autonomie complète

« Puis le MSU est sorti du bureau, j'ai allumé la caméra puis voilà » interne 2

« Après il a installé la caméra dans mon bureau, parce que j'ai de la chance d'avoir un bureau là-bas, et j'ai fait une matinée de consultation » interne 4

« J'étais dans ma consultation en plus une de mes premières consultations toute seule » interne 6

3.3.1.4 Choix des patients susceptibles d'accepter

« Bon on a choisi quand même les patients : ceux qui pourraient nous dire oui » interne 1

« On a aussi entre guillemets sélectionné les patients euh avant de leur proposer en prenant plutôt des patients jeunes et qu'on pensait susceptible d'accepter » interne 2

« Je pense qu'il a sélectionné des consultations où il savait que c'était pas pour des renouvellements, et après je pense qu'il a choisi des patients qu'il connaissait et qui accepteraient de faire de la vidéo » interne 5

3.3.1.5 Choix des patients au hasard

« Je sais pas, je crois que j'en ai fait quatre ou cinq sur la matinée où en fait on a filmé » interne 4

« C'est selon la liste de ses patients, donc on ne fait pas de choix, et là c'était pas de choix, on a juste essayé de faire en sorte qu'il y ait à chaque fois un enfant, à chaque fois euh une consultation d'urgence et puis une programmée, pour voir vraiment sur différents tableaux » interne 4

« Je proposais quasiment à tous les patients les premiers jours de faire la consultation avec la vidéo » interne 6

3.3.2 Déroulement de la rétroaction

3.3.2.1 Débriefing participatif

« On a quand même discuté après le visionnage, par exemple en disant "voilà ça c'était pas mal euh ça c'était un peu moins bien" par exemple et on revenait un petit peu en arrière » interne 1

« On est tous les deux, moi j'ai stoppé quand je trouvais qu'il y avait un truc qui n'allait pas, et lui stoppait quand il trouvait un truc qui n'allait pas » interne 3

3.3.2.2 Auto-évaluation pendant que le praticien consultait

« *Puis je me suis regardé pendant que mon MSU consultait* » interne 2

« *Il est allé faire ses visites pendant que je visionnais, et après on a regardé en début d'après-midi* » interne 4

3.3.2.3 La caméra a permis au MSU de donner des conseils

« *Bon il m'a dit, bon voilà il faut que je sois un peu plus ferme enfin c'était des conseils mais c'était dit comme ça à l'oral* » interne 1

« *On en discutait, on mettait sur pause, on en discutait et puis euh comment j'aurais dû faire, et aussi on stoppait quand ça allait pas* » interne 3

« *C'est très important de la voir avec le praticien parce que nous en se regardant on se rend pas compte de tous nos problèmes, et le regarder toute seule avant et puis avec le praticien oui effectivement là tu as fait ça, ou tu n'as pas fait, en fait le praticien peut vraiment nous donner la bonne façon de faire, c'est vrai que ça dépend aussi des MSU* » interne 6

3.3.2.4 Regarder les vidéos prenait du temps

« *On n'avait pas le temps de la visionner le jour même donc on a eu le temps que de voir deux sur quatre consultations filmées* » interne 1

« *Si ça doit être assez régulier, je pense qu'au bout d'un moment ça prend un peu de temps* » interne 2

3.3.2.5 Mais les binômes ont trouvé du temps

« *On a fait sur une journée en fait où c'est consultation le matin et l'après-midi c'était visite de l'EHPAD, donc du coup on avait un petit peu de temps le midi, on avait, enfin à l'EHPAD on n'était pas obligé d'y aller à 14h, on pouvait y aller à 15h donc euh on avait du temps l'après-midi pour débriefer la consultation du matin, enfin et regarder la vidéo et la grille* » interne 3

« La première fois, on l'a fait sur un jeudi, euh, lui il n'a pas de patient d'habitude, et où d'habitude je suis à la fac, et donc là, on avait pris un jeudi pendant les vacances comme ça je ne travaillais pas, et euh il avait pris des rendez-vous, enfin ouvert une plage de consultation exprès pour ça, de façon à ce qu'on ait bien le temps de le faire l'après-midi » interne 5

3.3.2.6 Certains internes choisissaient les vidéos à regarder

« Les deux premières consultations, on ne les a même pas regardées parce que, j'ai dit "ouais j'étais pas tout à fait à l'aise parce que je savais qu'il y avait la caméra donc euh je pense qu'elles ne sont pas représentatives" et après on a regardé les autres » interne 4

3.3.2.7 La grille de Calgary était complexe et longue

« Un peu fastidieux alors que déjà que le temps est précieux euh juste rien que pour le visionnage » interne 1

« Un peu complexe » interne 3

« C'est embêtant mais nécessaire, parce qu'elle est hyper détaillée donc euh, c'est un peu compliqué » interne 4

3.3.2.8 Peu adaptée au premier semestre

« Il y avait beaucoup de questions qui n'étaient pas adaptées forcément au premier semestre parce qu'il y avait des questions, enfin il y avait des compétences en fait qu'on n'a pas encore commencées à acquérir » interne 1

« Ouais on l'a fait ensemble à chaque fois avec la grille, elle est bien, après il y a certaines situations qui ne sont pas adaptées à la consultation » interne 5

3.3.2.9 Mais a permis d'avoir un support de base

« *Je trouve que c'est bien de l'avoir pour reprendre les bases* » interne 4

« *Oui au début oui, à la fin un peu moins, c'est un peu comme toutes les grilles, mes deux MSU ne croient pas trop aux grilles, ce n'est pas les bons praticiens avec lesquels utiliser la grille, on regardait juste les titres, "ça effectivement il y a eu une progression"* » interne 6

3.3.3 Ressenti sur la méthode

3.3.3.1 Ressenti de l'interne

3.3.3.1.1 En se regardant, les internes ont pu se rendre compte de leurs lacunes

« *C'était des tics genre je me fais craquer des doigts quand je ... quand je ne sais pas trop* » interne 2

« *Je me suis rendu compte en regardant la vidéo que des fois je parlais comme un patient en fait, genre je fais des fautes de français un peu et quand j'étais pas trop à l'aise sur un truc, je regardais mon PC* » interne 3

« *Moi j'avais toujours une posture je me mettais toujours comme ça (me montre la position du penseur de Rodin) et c'est vrai qu'après la deuxième fois j'ai fait beaucoup plus attention* » interne 5

3.3.3.1.2 Et de les corriger

« *Du coup on essaye de les corriger* » interne 2

« *C'est vrai que c'est intéressant de voir aussi ses attitudes pour pouvoir corriger* » interne 5

« *Le fait d'essayer de ne plus balayer de question parce qu'au final ça, ça a vraiment mis en exergue ce truc-là, donc j'ai essayé d'y faire attention* » interne 7

3.3.3.1.3 C'était étrange de se voir mais intéressant

« C'était assez étrange (rires) de ouais bah de ... de voir enfin on remarque bah des tics, soit de langage ou physiques euh mais après c'était intéressant » interne 2

« Non ça fait toujours bizarre de se voir en vidéo et de s'entendre, euh comme d'habitude » interne 3

« Bah c'est étrange de se voir quand même au début, mais après une fois qu'on passe le cap de, c'est bizarre de me voir, c'est intéressant de voir comment on discute avec les gens, dont on prend en charge le truc » interne 5

3.3.3.1.4 La SODEV était stressante mais les internes ont vite oublié la caméra

« Quand on est dans la consultation après on oublie en fait la caméra » interne 1

« C'est un petit peu stressant on oublie quand même assez vite la caméra » interne 2

« On oublie assez facilement la caméra, la première consultation non, mais les autres oui » interne 4

3.3.3.1.5 Et pour certains internes la caméra n'était pas dérangeante

« Ça ne m'a pas trop dérangé » interne 2

« Nous dans la famille on a l'habitude de faire des pièces de théâtre, euh des machins, donc je me suis assez souvent vu en vidéos, donc ça va, ça ne m'a pas, c'était pas trop, trop traumatisant (rires) » interne 4

3.3.3.1.6 Pour d'autres internes, elle a été difficile à oublier

« On n'a pas envie de jouer un rôle non plus parce qu'on essaie d'être le plus naturel possible d'oublier la caméra mais c'est difficile quand même » interne 1

3.3.3.1.7 La caméra n'a pas influencé la communication

« Pas trop parce que, comment, enfin on en avait déjà discuté avec le MSU avant et du coup c'est plutôt ce qu'elle m'avait dit avant qui avait eu un impact » interne 2

« C'était un petit peu plus compliqué, mais ça ne m'a pas mis plus mal à l'aise que ça d'avoir la caméra je ne me suis pas dit "ah il y a la caméra donc il va me voir derrière donc il faut vraiment que j'aille à fond, fond, fond" je suis restée dans mon état normal »
interne 3

« Franchement je ne suis pas sûr, non, non je ne pense pas, je ne pense pas, ça m'a donné envie de faire bien les choses, mais euh, de toute façon j'ai toujours cette envie-là » interne 7

3.3.3.1.8 ... mais les internes ont tout de même été plus attentifs à leur communication

« Quand on se sent enregistré on a envie de bah de bien parler de bien se tenir »
interne 1

« J'étais plus attentive euh à ma communication euh voilà verbale ou non verbale voilà » interne 2

« Les deux premières consultations je pense que je faisais vachement attention, euh enfin on a, et puis ouais je pense que je faisais beaucoup plus attention de vraiment tout faire » interne 4

3.3.3.1.9 La SODEV a permis de fixer des objectifs de travail

« La première séance oui, parce que j'ai vachement fait attention à vulgariser après, ça été vraiment le gros axe sur lequel j'ai travaillé » interne 4

« En termes de communication orale, et plutôt la communication au niveau des mouvements, ça m'a fait aussi prendre conscience de ça, j'étais un peu trop tourné vers l'ordinateur, plus retourné vers le patient et ça j'y ai pensé après effectivement » interne 7

3.3.3.1.10 La SODEV a permis à l'interne d'avoir de l'autonomie par rapport à la supervision directe

« Je trouve qu'on n'a pas la même attitude quand le maître de stage est là et quand il n'est pas là quand même » interne 1

« Du coup la caméra en fait, c'est un intervenant auquel ils ne peuvent pas s'adresser et du coup la liberté de parole est un peu plus développée » interne 4

« Ouais, je pense, euh, en termes d'autonomie ça c'est clair parce que justement on l'oublie un petit peu la caméra, donc on se sent plus autonome, plus libre, physiquement on est plus libre » interne 7

3.3.3.1.11 Les internes étaient plus à l'aise qu'en supervision directe

« Je trouve que moi, j'étais même moins gênée d'être filmée que d'avoir mon praticien à côté » interne 4

« C'est beaucoup mieux le film, le fait d'avoir le praticien juste à côté, c'est, moi j'aime pas trop je trouve ça un peu, ok pour les premières semaines, mais après, en fait on est super gêné par la présence de notre praticien, et je trouve pas du tout de progression avec un praticien à côté de moi, je vois pas comment on peut progresser » interne 6

3.3.3.1.12 Cette méthode a permis d'objectiver une progression

« J'ai vu une progression mais qui était moins importante puisque j'avais déjà travaillé mais j'ai vu qu'il y avait plus d'aisance en fin de stage qu'au milieu » interne 2

« Ça permet vraiment de se dire "hey je suis passé de ça à ça", donc je trouve que le deuxième plus que pour corriger sa pratique, c'est vraiment pour se dire, bah ouais ça a évolué » interne 4

« Oui j'ai ressenti un progrès, c'est pas mal de le faire au début et à la fin, même c'est encourageant pour nous de voir qu'il y a une bonne différence quand même » interne5

3.3.3.1.13 Qui faisait plaisir à voir pour l'interne

« Ça fait plaisir de voir qu'en un mois on s'est amélioré sur les points qui étaient un petit peu moins bon, qu'on n'a pas régressé sur les points qui étaient déjà acquis bon donc euh c'est utile » interne 3

« J'ai vraiment vu un avant-après de ma progression sur le stage donc euh enfin ça m'a plutôt, j'étais vraiment contente, pour le coup j'étais contente de faire le deuxième surtout pour ça » interne 4

3.3.3.2 Ressenti des patients par l'interne

3.3.3.2.1 Bonne acceptation des patients

« Ils étaient tous d'accord, ils ont adhéré tout de suite, ils ont signé les consultations, etc... » interne 1

« Ils étaient, je trouve, bien réceptifs à la méthode, euh enfin ils n'ont pas montré de signe de gêne » interne 7

3.3.3.2.2 Les patients semblaient oublier la caméra

« À un moment, on voit le patient qui en fait avait complètement oublié et il enlève son tee-shirt » interne 1

« Il y en a plein qui ont totalement oublié parce que quand je faisais signer le consentement, il disait "ah oui c'est vrai c'était filmé" enfin, donc euh c'était quand même pas très perturbant » interne 4

« Même le patient au début j'ai eu l'impression qu'il s'en occupait, vraiment sur le début de consultation, et en fait quand c'est coupé par l'examen clinique, quand il revient pour la synthèse et tout ça, là pour le coup aussi le patient a oublié, mais c'est vrai qu'au début le patient cherche ses mots, veut faire bien » interne 7

3.3.3.2.3 Les patients étaient comme d'habitude

« Ils étaient enfin ils se confiaient de manière normale » interne 2

« Je crois que les patients, ça ne les a pas perturbés pour deux sous » interne 4

3.3.3.2.4 Si le motif de consultation était gênant, la caméra n'améliorait pas la situation

« J'ai un patient qui venait pour des dépistages parce qu'il avait eu un rapport à risque et il m'a demandé d'éteindre, je pense que ça le gênait et je me suis dit que je n'arriverai pas à avoir les informations qu'il me fallait » interne 4

3.3.3.2.5 Et le patient pouvait se sentir coupable de refuser

« La seule chose, la seule fois que j'ai vu ça avec une patiente, la deuxième fois, euh et elle ne voulait pas faire l'enregistrement, et je pense qu'après, quand elle a dit "non" après pendant la consultation elle se sentait un peu coupable de quelque chose, que voilà elle avait fait quelque chose qu'elle ne devait pas faire, que moi je lui en voulais » interne 6

3.3.4 Intérêts et inconvénients de la méthode

3.3.4.1 Intérêts

3.3.4.1.1 Se voir est intéressant et formateur

« *C'est super formateur aussi de se voir* » interne 1

« *Oui ça a vraiment eu un impact parce qu'on se rend compte de pleins de choses et on essaie de corriger le tir sur le temps passé à regarder l'ordinateur, comment est-ce qu'on peut optimiser, écrire les trucs pendant qu'il se déshabille, enfin ce genre de chose* » interne 4

« *Vraiment effectivement, l'envie de me voir, enfin de me voir parler, de voir parce que moi j'ai le ressenti intérieur et c'est vraiment, ouais voir mon attitude, mes mouvements* » interne 7

3.3.4.1.2 C'est le reflet de notre pratique face à différentes situations

« *Ça reflète vraiment la pratique de tous les jours quoi, comment tu es* » interne 1

« *Pour moi l'intérêt c'est de voir comment on réagit face à différents patients* » interne3

« *Mon ressenti correspondait pas mal à ce que je voyais, je voyais mes défauts que j'avais ressenti en vrai, et je voyais plutôt mes points positifs que j'avais ressenti aussi en vrai* » interne 7

3.3.4.1.3 Permet de voir nos faiblesses

« *Ma voix ne porte pas assez apparemment enfin et ça je ne m'en rendais pas compte parce qu'on ne s'entend pas* » interne 1

« Ça fait ressortir complètement des oublis pendant la consultation où je balaye complètement une question, il y a une question sur la première session, il y avait une question qu'on m'a posé, je la balaye comme ça, moi j'y fais pas du tout attention pendant la consultation, et en le revoyant je me suis dit ça s'est quand même t'es passé à côté de quelque chose d'énorme, tu as balayé complètement une question, ça m'a fait prendre conscience qu'il fallait faire presque attention à tout » interne 7

3.3.4.1.4 Notamment sur nos postures

« On a vraiment regardé la posture de la patiente, ma posture, la façon de faire et euh par exemple la première consultation avec mon MSU, le patient était vraiment, euh moi je me sens supérieur au début, et puis finalement voilà » interne 6

« En termes de communication orale, et plutôt la communication au niveau des mouvements, ça m'a fait aussi prendre conscience de ça, j'étais un peu trop tourné vers l'ordinateur, plus retourné vers le patient et ça j'y ai pensé après effectivement » interne 7

3.3.4.1.5 Et sur le temps dédié à une consultation

« C'est vrai que, ce qui m'a beaucoup aidé c'est que pour voir sur les timings par exemple sur l'ordi, euh les gros blancs de quand on est devant l'ordinateur » interne 4

« Ça me plaisait au début l'idée, bah de se voir, et de pouvoir s'évaluer, d'avoir une notion de la consultation qu'on mène, pour progresser, je trouve que c'était pas mal » interne 5

3.3.4.1.6 La SODEV permet de prendre confiance en soi

« Enfin et puis prendre confiance en moi » interne 5

« Plus sûr de moi, oui plus sûr, je sentais que voilà ça allait tout seul et en plus c'était une consultation (rires) je ne sais pas j'avais vraiment, je me sentais plus cool, plus en confiance » interne 6

« Ça c'est un vrai plus, je pense que ça peut donner confiance justement, en se disant, en fait on ne se croit pas forcément bon à certains endroits, et puis finalement quand on regarde, bah oui c'est pas si mal » interne 7

3.3.4.1.7 En objectivant une progression

« Voilà c'est ça on ne se rend pas compte des progrès qu'on fait d'habitude, sûrement qu'on fait des progrès, avec la vidéo on voit le progrès » interne 1

« Que le maître de stage dise "ah bah t'as vachement progressé" c'est une chose, mais qu'on s'en rende compte par soi-même, c'est totalement différent » interne 4

3.3.4.1.8 Permet de voir les réactions des patients

« Oui, alors ça pour le coup c'est super intéressant et limite presque plus que centrer sur nous la caméra, c'est centré sur le patient je trouve que c'était vachement important parce qu'on est beaucoup plus attentif en fait » interne 4

« Il aime bien la psychologie des gens, le fait que par exemple la patiente n'était pas du tout à l'aise avec moi, puis à la fin, elle souriait tout le temps, la progression de l'attitude de la patiente dans la consultation, c'est intéressant » interne 6

3.3.4.1.9 Permet à l'interne d'avoir de l'autonomie

« Qu'elle permette à l'interne d'être autonome mais en même temps au praticien de vérifier que ça concorde quoi, qu'il puisse, enfin je trouve que c'est vraiment bien et puis aussi de vérifier que quand l'interne est tout seul, il ne bâcle pas pleins de choses et qu'il ne fasse pas les efforts, juste quand le praticien est là » interne 4

« L'autonomie c'est bien de se sentir seul et de voir le patient seul, et voir comment on se comporte sans le praticien, et puis le praticien peut regarder, c'est bien » interne 7

3.3.4.2 Inconvénients

3.3.4.2.1 Le temps : chronophage

« L'inconvénient bah c'est pareil je ne sais pas quelle est la solution mais euh bah le temps » interne 1

« Si ça doit être assez régulier, je pense qu'au bout d'un moment ça prend un peu de temps » interne 2

« Ça prend un petit peu de temps pour le débriefing mais ça c'est logique, là en plus c'était des consultations assez longues, 30-40 minutes, donc du coup le débriefing est forcément beaucoup plus long » interne 3

3.3.4.2.2 Manque une deuxième caméra pour filmer les réactions du patient

« Essayer de trouver le bon angle pour avoir nous, enfin pour voir le patient, pour se voir et du coup en fait on s'est même dit faudrait limite deux, une sur le côté avec nous et l'autre avec le patient » interne 3

« Un truc un peu bête mais c'était le placement de la caméra, on a un peu galéré parce que le bureau n'est pas si grand et on ne voyait pas le patient parce que la caméra était mal positionnée donc ça, j'avoue que c'était un peu dommage parce que je ne voyais pas la réaction des patients » interne 4

3.3.4.2.3 Se procurer une caméra quand le stage est éloigné

« Pour les personnes qui sont loin euh en terrain de stage moi je suis dans l'Eure euh c'est pas forcément évident d'aller s'en procurer une » interne 1

3.3.5 Perspectives

3.3.5.1 Prêt à utiliser cette technique à des futurs internes si l'interne devient lui-même MSU

« Oui carrément oui, moi je trouve que c'est vachement bien comme, comme méthode » interne 1

« Ah ouais totalement, je trouve que c'est vachement utile » interne 4

« Ah ouais, c'était super bien, après faut passer le fait de se regarder au début car c'est un peu gênant, et après faut passer ce cap, et après je pense que c'est hyper positif » interne 5

3.3.5.2 La méthode est adaptée au stage de niveau 1

« Oui je pense, non je ne trouve pas que forcément que c'est trop tôt, juste voilà modifier les grilles d'évaluation mais sinon » interne 1

« Moi je pense que niveau 1 c'est limite mieux que le SASPAS, parce qu'enfin c'est quand même dommage d'arriver au SASPAS et de devoir changer pleins de trucs alors qu'on a déjà fait six mois de consultation » interne 4

« Ouais, c'est bien dès le début aussi de, après on ne juge pas forcément nos connaissances, on juge la façon dont on interagit, moi je trouve ça bien et ça permet de prendre des bonnes habitudes dès le début et de corriger » interne 5

3.3.5.3 Et à adapter pour l'externat

« Après l'externat on ne fait pas trop de consultations il faudrait l'adapter au milieu hospitalier » interne 2

« Je pense que pour l'ensemble d'une consultation pour les externes c'est difficile de mener, ou alors une partie de la consultation et puis refaire intervenir le praticien » interne 7

3.3.5.4 Utile à tous les niveaux

« Je ne sais pas en soit je pense que ça c'est toujours utile de voir comment on est quel que soit le niveau des études mais euh comment l'adapter en réalité c'est une autre question » interne 2

« Pour moi, même limite dans l'auto-évaluation d'un médecin généraliste tout seul, de se filmer tout seul ça pourrait être utile » interne 3

« Je trouve que c'est vachement bien aussi de pouvoir être critique sur son praticien et de se rendre compte que tout le monde est perfectible, ça enlève vraiment le côté punitif, en mode "regarde comme tu es nulle", ce qui est pas du tout le but, ça c'était plutôt bien » interne 4

3.3.5.5 A adapter selon la personnalité de l'interne

« Un bon outil après euh faut enfin la... enfin sans que ça soit imposé » interne 2

« Ça dépend si les gens ont envie de le faire ou pas, ça dépend de l'adhésion des praticiens et des étudiants » interne 3

« Ça doit être très interne dépendant » interne 7

3.3.5.6 La SODEV pourrait être démarrée plus tôt encore dans le semestre

« Il aurait fallu peut-être commencer je ne sais pas, peut-être en décembre ou janvier enfin plus tôt dans le semestre » interne 1

« Bah on l'a fait assez tard au cours du stage fin février donc euh c'était peut-être plus intéressant de le faire euh au cours du premier ou du deuxième mois » interne 2

3.3.5.7 Filmer des consultations différentes

« C'est pas mal de faire une consultation de chaque type on va dire voilà une consultation de pédiatrie » interne 1

« Il faut que ce soit des motifs différents aussi parce que euh la par exemple comme c'est pas des patients chroniques on n'a pas trop pu évaluer les questions en rapport avec les renouvellements de prescriptions » interne 2

« Je pense qu'il faudrait diversifier les consultations en fait, une consultation de suivi, une consultation d'un patient qui vient pour quelque chose d'aigu, peut-être une consultation psychiatrique » interne 4

4 DISCUSSION

4.1 Rappel des principaux résultats

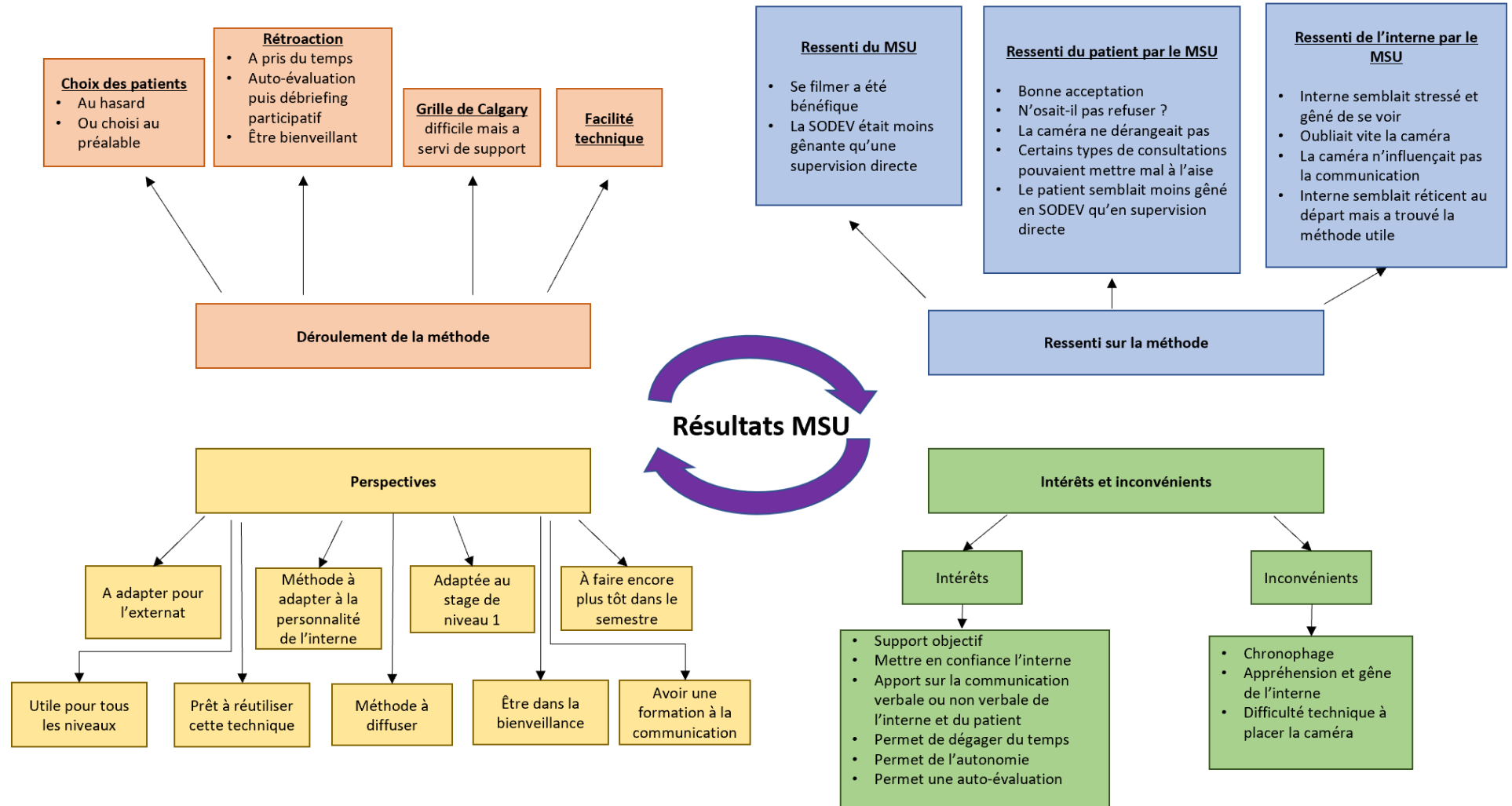
Par soucis de clarté, les principaux résultats de ce travail de thèse ont été résumés par un schéma pour chaque population étudiée.

Nous retrouvons nos quatre thèmes principaux dans chacun des tableaux suivants :

- Déroulement de la méthode
- Ressenti
- Intérêts et inconvénients
- Perspectives

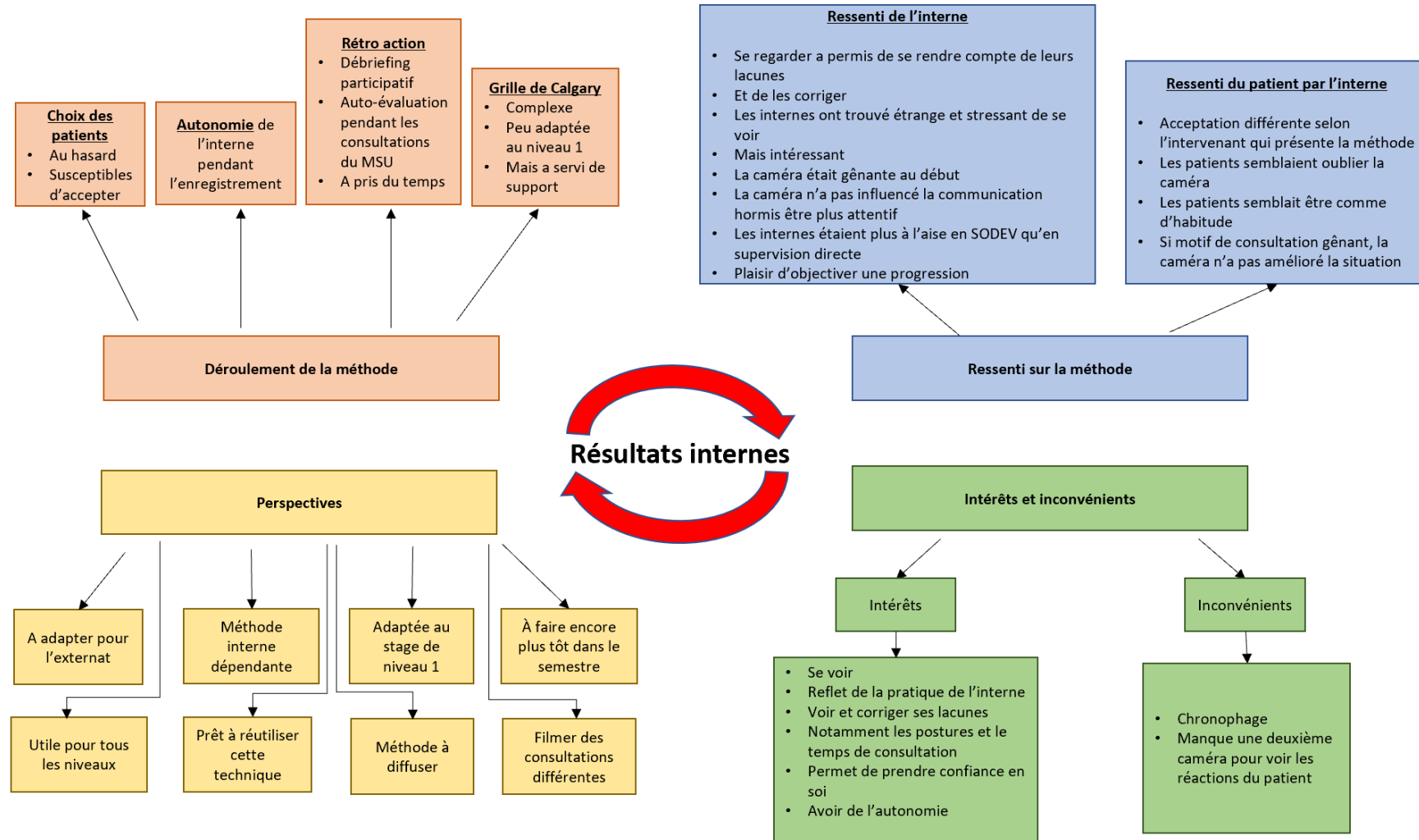
4.1.1 Concernant les résultats des MSU

Schéma n°1 : Principaux résultats des MSU



4.1.2 Concernant les résultats des internes

Schéma n°2 : Principaux résultats des internes



4.2 Discussion des principaux résultats

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le retour d'expérience des MSU et des internes sur une méthode de SODEV en stage de niveau 1 à Rouen.

Nous avons grâce à ce travail pu dégager plusieurs thématiques principales.

4.2.1 La méthode est adaptable à tous les niveaux

4.2.1.1 En stage de niveau 1

Tous les participants ont été unanimes : cette méthode est adaptée au stage de premier niveau.

Pourtant quatre de nos participants étaient des premiers semestres. Ils ont aussi ressenti un bénéfice à réaliser cette méthode.

On peut donc réaliser un enregistrement tôt dans l'internat. C'est d'ailleurs en le faisant tôt que l'interne peut avoir du temps pour travailler sur certaines mauvaises habitudes, qui ont été visualisées par la vidéo et les corriger durant l'internat.

Sophie Roua en 2014 (17) retrouve aussi une bonne acceptation de la SODEV en niveau 1 par les MSU et les internes.

4.2.1.2 Durant l'externat

En effet, on peut élargir notre champ d'action et démarrer la SODEV encore plus tôt : durant l'externat par exemple. Deux MSU ont spontanément évoqué l'hypothèse :

« Ah bah, oui, oui, c'est une bonne technique pédagogique, donc elle est adaptée à tous les niveaux, je sais pas si avec les externes encore » MSU 8

« Oui absolument, au contraire, pourquoi pas l'externe » MSU 9

La question d'adapter cette méthode aux externes se pose. Il faudrait pour cela adapter la SODEV à leurs connaissances et faire une supervision sur une partie de consultation telle que l'anamnèse.

« Alors forcément l'externe ne va pas gérer une consultation, ça va être juste une tâche qui va durer cinq minutes, mais je pense ça peut être utile » MSU 3

4.2.1.3 Pour des professionnels de santé de tous horizons

Cette méthode pourrait rentrer dans le cadre de Formation médicale Continue (FMC) pour les médecins généralistes déjà installés. Certains médecins ont montré un intérêt pour cette méthode, afin de se voir et de s'auto-évaluer dans leur pratique quotidienne.

« Un médecin seul dans un cabinet pourrait très bien se filmer pour progresser dans sa propre démarche vis-à-vis de ses patients » MSU 9

C'est un sujet déjà abordé par Ram P. et al. au Pays Bas en 1999 (22) où une méthode d'évaluation vidéo pour les médecins généralistes a été développée. Ce travail a permis de montrer que l'évaluation vidéo des omnipraticiens dans leur pratique quotidienne était utile dans l'éducation et l'amélioration de la qualité des soins.

Et nous pouvons encore élargir la méthode à tout intervenant en étude de santé, où la communication est importante : infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, etc.

En Corée du Sud en 2009, Yoo MS et al. (23) ont montré que l'auto-évaluation par vidéo était une méthode pédagogique bénéfique et efficace pour former les étudiants en premier cycle de soins infirmiers et qu'elle permettait de prendre conscience de leurs forces et de leurs faiblesses.

4.2.2 La gestion du temps

4.2.2.1 La SODEV prend du temps

Le principal inconvénient est le facteur temps lors de la rétroaction pour le MSU.

En effet, le fait de regarder les vidéos est chronophage. D'autant plus en niveau 1 où les MSU font en général une supervision directe. Ils n'ont pas à libérer du temps après la consultation pour le débriefing, étant donné que le débriefing est fait : soit pendant la consultation, soit juste à la fin de la consultation.

C'est aussi le principal frein aux MSU n'ayant pas participé à la méthode alors qu'ils semblaient intéressés par la méthode pédagogique lors du recrutement ; les réponses les plus souvent citées étaient un manque de temps pour réaliser les enregistrements.

On retrouve dans toute la littérature de la SODEV, le facteur temps comme principal inconvénient (13) (16) (17) (24).

Pourtant, depuis presque trente ans, des auteurs à l'international proposent des solutions pour alléger les rétroactions : en 1993, Steinert (25) a publié douze conseils pour l'utilisation de la rétroaction dans le cadre de la SODEV et en 2000, Pinsky et Wips (26) ont publié un modèle d'enseignement pour la rétroaction.

En 2014, Eaton et al. au Canada (27) proposent, pour gagner du temps sur la rétroaction, que les superviseurs ciblent un élément de compétence spécifique sur la rétroaction, qui doit être réalisée dès que possible après les enregistrements en y consacrant une heure de discussion. Il est important également d'amener l'étudiant à s'auto-évaluer.

4.2.2.2 L'auto-évaluation

L'auto-évaluation est donc une piste pour les MSU afin de gagner du temps et faire participer leur interne à leur formation. En 2011, Caroline Armegeau (28) a montré auprès des internes qu'une auto-évaluation structurée faisait prendre conscience aux internes de leurs habitudes et de la nécessité de changer certains de leurs comportements. Mais une supervision par un tiers est aussi nécessaire afin de limiter un biais d'auto-évaluation positif.

Hammoud et al. en 2012 (29) recommandaient de combiner l'auto-évaluation avec l'hétéro-évaluation des étudiants par un professeur formé pour avoir un rendement maximal.

L'apport pédagogique de l'auto-évaluation a bien été montré par Augustin Houdusse en 2014 (15) auprès des internes, mais dans le même sens que les travaux précédents, les internes ressentaient aussi le besoin d'être évalués par le MSU.

4.2.2.3 La méthode permet de formaliser un temps pédagogique dédié

En effet, certains MSU ont, grâce à la vidéo, réussi à libérer du temps avec leurs internes alors qu'en supervision directe, ce temps consacré en milieu de stage pour discuter avec l'interne n'était pas effectué. Ils ont donc pu, pour la première fois, réaliser une évaluation de mi-stage et discuter avec leurs internes des compétences acquises et des objectifs pour la fin de stage.

« Ce que l'outil apporte aussi c'est, euh à un temps consacré à un débriefing sur une seule consultation plus long qu'on ne l'aurait fait si on n'avait pas eu la vidéo, donc ça apporte un approfondissement » MSU 9

4.2.3 L'acceptabilité

4.2.3.1 Pour les patients

Dans ce travail de thèse, l'acceptabilité des patients lorsque le MSU explique la méthode est excellente : une seule patiente a refusé. D'autant plus que dans ce travail, sept MSU sur les neuf MSU participants ont choisi les patients au hasard.

Cependant, lorsque l'interne a proposé le travail aux patients, on se rend compte que l'acceptabilité n'est plus la même et le taux de consentement du patient chute (Sept patients sur dix ont refusé).

Se pose alors la question du réel consentement des patients. Ne se sentent-ils pas obligés d'accepter ? Et s'ils refusent, ne se sentent-ils pas coupables d'avoir refusé ?

En 1984, Martin et al. (30) montraient déjà que les patients étaient moins susceptibles de refuser l'enregistrement vidéo d'une consultation si le médecin leur demandait de vive voix plutôt qu'en leur demandant de signer un formulaire de consentement. D'ailleurs une minorité des patients ayant refusé ont estimé que ce refus avait affecté leur consultation avec le médecin.

Nous avons retrouvé ce sentiment de culpabilité dans notre travail :

« La seule chose, la seule fois que j'ai vu ça avec une patiente, la deuxième fois, euh et elle ne voulait pas faire l'enregistrement, et je pense qu'après, quand elle a dit "non" après pendant la consultation elle se sentait un peu coupable de quelque chose, que voilà elle avait fait quelque chose qu'elle ne devait pas faire, que moi je lui en voulais »
interne 6

Cette question de l'acceptabilité du patient a été retrouvée dans d'autres travaux.

Dans une étude de Servant et Matheson en 1986 (31), 90% des patients donnaient leurs consentements lorsque le médecin proposait l'étude dans la salle de consultation, le consentement descendait à 80% lorsque le personnel demandait dans la salle d'attente et chutait à 10% lorsque la demande était faite par courrier à leurs domiciles.

Butler et al. en 2001 (32) se sont rendu compte que le taux de consentement auprès des patients avaient chuté de 95% à moins de 25% lorsque le personnel demandait le consentement aux patients vis-à-vis de l'enregistrement vidéo. Ils ont montré que cette baisse de la participation du patient était imputable au processus de consentement et à la personne qui faisait la demande.

4.2.3.2 Pour les internes

Nous nous posons la même question pour le consentement de l'interne. Dans ce travail, seulement un interne a refusé la méthode et deux l'ont arrêtée prématurément et n'ont pas réalisé de deuxième enregistrement.

Est-ce que certains internes ont peur de refuser ? Ont-ils peur pour leurs stages s'ils refusent ?

Dans ce travail, aucun interne n'a évoqué ce sentiment, même si par le biais de quelques MSU, une certaine réticence à faire la SODEV au départ a été évoqué.

« Il m'a dit "j'étais réticent au départ" mais c'est vrai que c'était très intéressant et qu'il était euh enfin qu'il était satisfait d'avoir fait ça et que ça lui a semblé utile » MSU 3

Et à l'inverse, quelles ont été les raisons de ces refus ?

Dans le cadre de ce travail, nous avons pu interroger les MSU dont les internes ont arrêté prématurément l'étude. Ce sont des internes à la personnalité plutôt timide, avec un manque de confiance en eux et qui étaient stressés de se voir en vidéo.

« Elle a petit problème de confiance en elle et euh du coup euh la vidéo ça l'a mise très mal à l'aise et elle m'a dit qu'elle a pensé du début à la fin à la caméra » MSU 5

4.2.3.3 S'adapter à la personnalité de l'interne

C'est un facteur important, chaque interne réagit différemment à cette méthode. Se voir et s'entendre est difficile et souvent peu apprécié.

Il s'agit d'une méthode réalisée pour l'interne et à adapter à sa personnalité. En effet certains sont plus timides, ont peur de l'intrusion de la caméra. D'autres ne seront absolument pas gênés par la caméra, ont peut-être déjà fait du théâtre et sont habitués à ces mises en situation. Ce qui laisse penser qu'il faudrait adapter les stratégies d'apprentissage selon la personnalité de l'interne (33).

Cayer et al. en 2001 (34) montraient que la SODEV était une expérience difficile et dérangeante parce qu'elle pouvait générer une anxiété de performance importante. Ils proposaient donc que le climat de la supervision soit axé sur la formation et non l'évaluation, et que les superviseurs l'adaptent aux étudiants.

Nilsen et al. en 2005 (35) en Norvège, montraient l'importance de l'aspect émotionnel pour cette méthode et la vulnérabilité des étudiants qui voyaient leurs réactions sur la vidéo. Ils ressentaient surtout le besoin d'être rassurés et soutenus dans le processus de travail.

Dans ce travail, tous les MSU ont été dans ce sens, en étant dans la bienveillance et en positivant afin que cette méthode soit une expérience agréable et utile pour l'interne.

« Les gens qu'ils le font il faut toujours que ce soit dans la bienveillance c'est pas pour se moquer ou euh critiquer ouvertement, c'est vraiment dans la construction, dans la bienveillance et je pense qu'il faut que ça reste comme ça » MSU 2

D'ailleurs plus que la méthode, c'est la relation durant la supervision qui semble être le facteur le plus important pour l'efficacité de la supervision (36).

Dans notre travail, deux internes n'ont réalisé qu'un seul film car lors de la rétroaction, se regarder leur a été insupportable et un seul interne n'a pas été capable de passer le cap de se filmer et n'a donc réalisé aucun enregistrement.

Certains MSU proposaient de se filmer avant de démarrer la méthode afin de se critiquer et de montrer que chaque personne avait ses propres faiblesses.

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que cette méthode est à proposer et non à imposer à l'interne. Il ne faut pas être menaçant, ni jugeant mais être centré sur l'étudiant (37).

4.2.3.4 La présence de la caméra

Les internes participants à ce travail ont été gênés par la caméra au début puis ils l'ont vite oubliée. Lors du deuxième enregistrement, les internes n'étaient d'ailleurs plus gênés par la caméra.

« On oublie assez facilement la caméra, la première consultation non, mais les autres oui » interne 4

Ces résultats sont concordants avec la littérature : Dumange, Houdusse et De Jongh (14–16) montrent dans leurs études à Poitiers une bonne adaptation à la caméra, et que l'appréhension des internes tend à disparaître au fur et à mesure des enregistrements.

Nous n'avons pas le ressenti des patients, mais selon les MSU et les internes, ils n'ont pas été gênés par la caméra qu'ils ont rapidement oubliée.

Dans la littérature, peu de travaux ont été réalisés sur le ressenti des patients sur cette méthode et le peu de données que nous avons sont contradictoires :

En 2001, Butler et al. (32) montrent que les caméras et les microphones de la salle d'examen ne semblent pas avoir d'effet significatif sur le patient.

Herzmark l'avait déjà décrit en 1985 (38) avec 295 patients qui ne trouvaient pas d'effet de la caméra sur la consultation filmée.

Alors qu'en 1986, Servant et Matheson (31) affirment que la plupart des patients ne souhaitent pas se faire filmer et qu'ils seraient mal à l'aise avec la vidéo.

D'ailleurs, ce travail a montré que la SODEV est moins gênante pour l'interne que lorsque le MSU est présent lors d'une supervision directe

4.2.4 La communication

4.2.4.1 Intérêt pour l'interne

La SODEV permet d'objectiver la communication verbale et non verbale de l'interne. Grâce à cet outil, l'interne et un tiers peuvent avoir un regard sur les attitudes, les postures, le son de la voix, le regard et toutes ces choses qui permettent à deux personnes d'interagir.

« L'objectif principal qu'est ressorti je crois que ça devait porter sur l'attention aux postures du patient et aux mimiques et, aux déplacements, autrement dit à la communication non verbale et principalement corporelle » MSU 9

C'est le point principal retrouvé dans la littérature : en 1977 Cassata et al. (9) au Minnesota ont mis au point cette technique afin d'améliorer les compétences en matière d'interview médicale pour les résidents en médecine familiale. En 2002 Chou C. et al. (39) ont développé un programme de critiques de groupe de pairs sur bande vidéo pour améliorer aussi les techniques d'interview des résidents centrées sur le patient. En 2004, Lane et al. (40) ont montré qu'un programme d'enregistrement vidéo a amélioré significativement les compétences en communication pour des étudiants en matière d'entrevue médicale.

4.2.4.2 L'autonomie

En niveau 1, l'interne est souvent en supervision directe avec le MSU. La SODEV permet, à la fois d'être en autonomie lors des enregistrements, mais aussi de montrer aux MSU que la consultation peut bien se passer sans leur présence.

La SODEV est en effet une méthode d'évaluation de l'interne et permet de manière fiable d'évaluer si l'interne a atteint le niveau de compétence requis.

Campbell et al. en 1995 (41) avaient déjà montré cet intérêt. Par ce biais, le MSU peut avoir confiance en son interne.

« Si tu vois que ce qu'elle te dit ça correspond à ce que tu as vu, je pense que tu peux avoir plus confiance et après te dire "bah je peux faire la supervision indirecte suffit". Je pense que ça peut être un outil d'étalon par rapport à ce qu'ils te disent au début »

MSU 2

4.2.4.3 Une formation en communication pour le MSU

Dans ce travail, beaucoup de MSU étaient demandeurs d'avoir, en plus de la formation initiale sur la SODEV, une formation à la communication et à la supervision. Ils pourraient alors réaliser une rétroaction plus efficace avec un meilleur rendement pour l'interne.

« Si on arrive à former les maîtres de stage pour qu'ils sachent débriefer une vidéo, moi je commence à comprendre après et bah ça sera intéressant » MSU 2

D'autres travaux de thèse montrent l'importance de cette formation pour analyser une rétroaction : William Durieux en 1998 (12) montrait déjà l'importance de la formation du superviseur pour bien appréhender les obstacles à cette méthode d'apprentissage et Philippe Rouland en 2016 (24) montrait également ce besoin de formation ressenti par les MSU.

4.2.4.4 Visualiser la communication non verbale des patients

« Même les réactions des patients, de voir comment ils répondent, comment ils réagissent à une information, parce qu'on n'est pas toujours figé sur le patient, ça c'est hyper intéressant » MSU 7

Plusieurs MSU ont, durant le protocole et les rétroactions, regardé les réactions non verbales des patients et essayé d'y apporter un sens pour leurs internes.

C'est un aspect qui n'est pas décrit dans la littérature sur la SODEV mais qui peut être intéressant à étudier.

En effet, savoir décrypter la réaction du patient, afin d'y améliorer nos explications, et appuyer sur les points qui n'ont pas été compris. Est-ce que le patient est réceptif ?

« J'ai une manière d'interpréter les signes proposés par les patients à travers ses postures, ses mimiques, ses petits rites gestuels, ses petits mouvements, le sens du regard euh le son de la voix aussi, on a jamais le son de la voix d'un patient sans la vidéo et l'élocution, la manière de scander la parole, toutes ces petites choses qu'on interprète de manière quasi naturelle pourraient être un peu mieux lues avec un peu de savoir, et sans doute mieux utilisées pour l'interne, euh c'est le champ qui m'a paru le plus intéressant » MSU 9

C'est un champ de travail auquel la vidéo nous ouvre les portes, et auquel les soignants et étudiants pourraient apprendre à décrypter les signes non verbaux de leurs patients.

Nous avons résumé dans ce tableau les différents points afin d'améliorer l'expérience sur la SODEV.

- Proposer à l'interne de réaliser cette méthode, pendant le semestre, dès la première rencontre avec le MSU, et lui laisser libre choix de la réaliser.
- Instaurer un climat de confiance avec l'interne, être dans la bienveillance.
- Proposer à l'interne de filmer le MSU s'il en ressent le besoin.
- Réaliser deux à trois sessions d'enregistrements maximum dans le semestre.
- Planifier la rétroaction en dégagant un temps dédié au préalable à la rétroaction.
- Il est préférable de dégager un temps suffisamment long afin de ne pas se presser et de ne pas être en retard, quitte à ne pas utiliser tout le temps nécessaire.
- Laisser l'interne s'auto-évaluer.
- Puis réaliser une rétroaction avec le MSU, sans être jugeant et en relevant les points positifs.
- Ne pas forcément regarder toutes les vidéos mais demander à l'interne quelle vidéo est intéressante pour lui, et cibler un élément de compétence à travailler.
- Fixer avec l'interne un objectif de travail, une prescription pédagogique concertée, pour la prochaine séance de supervision.

4.3 Discussion de la méthode

4.3.1 Forces de l'étude

4.3.1.1 Un protocole inédit en niveau 1

La grande force de cette étude est qu'elle est inédite en stage de niveau 1. La seule thèse qui a été testée en niveau 1 a été réalisée en 2014 (17) en Champagne-Ardenne, mais dans ce travail : il n'y a pas eu de réalisation de protocole à suivre, un seul enregistrement était réalisé, et le ressenti des internes n'a pas été analysé faute de temps.

Nous avons réalisé un protocole au préalable de ce travail en s'inspirant du travail réalisé par Baptiste Chauvin à Rouen en 2018 (42).

4.3.1.2 Méthode peu explorée en France

La SODEV est une méthode pédagogique encore peu explorée en France et pourtant déjà bien ancrée à l'international et notamment au Canada. Un travail de thèse en 2018 à Rouen (23) montrait qu'en France, 90,7% des DMG n'utilisaient pas la SODEV par méconnaissance du concept ou à cause d'obstacles matériels et juridiques.

L'intérêt de ce travail est d'apporter une nouvelle approche, plus tôt dans les études médicales et de développer cette méthode dans d'autres DMG.

4.3.1.3 Recueil des données jusqu'à saturation des données pour les MSU

L'analyse des résultats des MSU a été réalisé jusqu'à saturation des données.

4.3.1.4 Le double encodage

Ce travail a bénéficié d'une triangulation des données afin de limiter un biais d'investigation.

4.3.1.5 Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés rapidement après les enregistrements

Pour la plupart de nos interviewés, les entretiens ont eu lieu quelques jours après leur deuxième enregistrement afin de limiter le biais de mémorisation.

4.3.2 Faiblesses de l'étude

4.3.2.1 Participation faible

Il s'agit d'un biais important dans notre travail.

Nous avons recruté sur la période d'hiver 2018 lors de la journée formation des MSU, sept binômes qui étaient intéressés pour réaliser ce protocole en stage de niveau 1.

Malheureusement, en avril, seulement quatre binômes avaient réalisé le protocole. Nous n'avions pas atteint la saturation des données à ce stade pour aucune des deux populations étudiées.

Nous avons donc prolongé l'étude sur un semestre supplémentaire. Nous avons à nouveau réalisé un recrutement pour le semestre d'été 2019 durant la journée de formation des MSU et recruté onze binômes intéressés pour réaliser le protocole.

Au total, sur les dix-huit binômes recrutés aux journées de formation, neuf binômes ont réalisé le protocole.

Cinq binômes n'ont pas donné de réponse, trois binômes ont manqué de temps et un binôme n'a pas participé car l'interne ne se sentait pas capable d'être filmé.

Sur nos neuf binômes participants, deux internes n'ont pas bien vécu le premier enregistrement vidéo. Ils n'ont donc pas souhaité réaliser le deuxième enregistrement.

4.3.2.2 Recueil des données pour les internes n'a pas atteint la saturation des données

Malgré ces efforts de recrutement, nous n'atteignons pas la saturation des données pour les internes.

En effet, il nous manque l'entretien de deux internes. Le stress ressenti durant l'enregistrement vidéo a été un facteur pour ne pas réaliser une interview a posteriori du protocole. Nous avons néanmoins eu le retour de leurs MSU, ce qui a pu nous donner des pistes et des hypothèses afin d'améliorer l'expérience.

4.3.2.3 Biais de sélection

La sélection de la population a été réalisée durant la formation des MSU de façon arbitraire.

Les MSU les plus motivés ont donc participé à ce travail, et l'ont proposé à leurs internes.

4.3.2.4 Biais lié à l'interviewer

Une seule personne a réalisé les interviews et a donc pu influencer les interviewés en se forgeant une opinion au fur et à mesure du travail concernant la SODEV.

Nous avons choisi dans ce travail d'analyser les données pour nos deux populations qui nous intéressaient : les MSU et les internes.

L'analyse des résultats sur deux populations n'est donc pas optimale même si les deux analyses ont bien été séparées à chaque moment de ce travail de thèse : au niveau du logiciel N'Vivo et au niveau de l'écriture de ce travail.

4.4 Perspectives

A partir de ce travail, nous pouvons idéalement proposer ce travail à tous les internes : qu'il soit en niveau 1 ou en SASPAS.

La miniaturisation de la vidéo et sa généralisation au grand public rend en 2020 cette méthode techniquement facile et adaptable pour tous.

4.4.1 La SODEV pour les externes ?

L'externe est encore dans le savoir-faire et peu dans le savoir-être. Une approche sur la communication en consultation et sur l'auto-évaluation peut être intéressante.

Il faudrait adapter cette méthode à une partie de consultation pour ne pas mettre en difficulté l'externe, telle que l'anamnèse. Puis le superviseur reprendrait la main pour le reste de la consultation.

La supervision se ferait ensuite sur cette partie de consultation filmée, toujours dans la bienveillance.

Il faudrait pour cela réaliser des travaux préparatoires sur la faisabilité de la SODEV auprès des externes et éventuellement adapter un protocole.

4.4.2 La SODEV pour les médecins installés ?

Les MSU ont ressenti un intérêt à se filmer. La SODEV pourrait faire partie d'une FMC où l'objectif serait d'évaluer sa communication et de l'améliorer en se regardant.

Cette méthode pourrait être réalisée en auto-évaluation. Elle pourrait être aussi réalisée dans des groupes de pairs. Chaque médecin apporterait un film d'une consultation qui a posé un problème et ils pourraient en discuter tous ensemble. Ce groupe de pairs amènerait différents points de vue et apporterait une hétéro-évaluation.

Afin de généraliser cette méthode, il serait possible de réaliser un protocole pour les médecins généralistes installés et d'organiser des focus groups pour évaluer leurs ressentis.

La réalisation de vidéo dans le cadre de formation à la SODEV pourrait rentrer dans le cadre de dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC).

4.4.3 La SODEV en milieu hospitalier ?

Nous pouvons aussi l'adapter à tous les personnels médicaux dans le monde hospitalier. Notamment les internes et médecins spécialistes d'organe. Il s'agit d'une méthode qui n'a pas de limite.

La méthode pourrait être réalisée dans le cadre des consultations hospitalières. Comme en médecine générale, l'interne pourrait se filmer sur une ou plusieurs consultations, réaliser une auto-évaluation puis avec un superviseur, réaliser une rétroaction.

Il faudrait pour cela réaliser un protocole adapté à l'hôpital et évaluer la faisabilité de cette technique.

On pourrait idéalement dans le cadre de ses consultations hospitalières, imaginer l'installation d'une salle de consultation dédiée à la SODEV avec des caméras intégrées ou une glace sans tain, avec un superviseur se situant derrière cette glace comme cela est réalisé au sein des UMF au Canada.

4.4.4 L'acceptabilité des patients et des internes à la SODEV ?

L'acceptabilité des patients, comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, est sujette à divergence selon les études. Il faudrait pour cela réaliser des travaux auprès des patients et évaluer leur acceptabilité à cette méthode.

Il serait possible de réaliser une étude qualitative auprès des patients ayant réalisé une consultation avec la SODEV et d'évaluer leur ressenti sur cette technique.

Pour les internes, il serait intéressant de réaliser une étude sur leur ressenti et leur acceptabilité à cette méthode dans le cadre de travaux sur une plus grande population afin d'arriver à saturation des données, ou dans le cadre de travaux quantitatifs.

Ces travaux permettraient de comprendre les limites de cette technique et éventuellement de trouver des perspectives d'amélioration.

5 CONCLUSION

Ce travail de thèse auprès des MSU et des internes a permis de montrer que la SODEV est une méthode adaptée au stage de niveau 1, voire plus tôt dans les études médicales et qu'elle permet d'améliorer la compétence communicationnelle.

C'est une méthode techniquement facile avec pour inconvénient principal le temps de débriefing, auquel des propositions pour réduire cet inconvénient ont été proposées.

C'est un nouvel outil pédagogique qui, pourtant, est utilisé depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons.

Il faut donc généraliser cette méthode et la promouvoir dans les autres DMG afin que cette pratique devienne habituelle et que les internes y participent de façon équivalente sur notre territoire.

Des formations à la communication en santé et à l'analyse de la rétroaction pour les MSU seraient utiles à mettre en place afin que le rendement pour la SODEV soit optimal.

Notre principal défi à ce jour est de promouvoir cet outil, au-delà des craintes que les nouvelles technologies peuvent nous donner, et de l'adapter aux différentes personnes qui l'utilisent afin de le rendre utile et efficace pour tous.

« L'auteur n'a à signaler aucun conflit d'intérêts ».

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa: Santé Canada, 2001, 31 p.
2. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mars 2009.
3. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
4. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.
5. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai, 1997.
6. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale*. 2002 Feb 1;3(1):38–52.
7. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. *Can Fam Physician*. 1993 Sep;39:2006–12.
8. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident: une recherche qualitative. *Pédagogie médicale*. 2008;9(1):13.
9. Cassata DM, Conroe RM, Clements PW. A program for enhancing medical interviewing using video-tape feedback in the family practice residency. *J Fam Pract*. 1977 Apr;4(4):673–7.
10. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NC, Verby J, Wallace BB. Teaching with audiovisual recordings of consultations. *J R Coll Gen Pract*. 1980 Jun;30(215):333–6.
11. Jacquet G. État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2018.
12. Durieux W. La supervision: un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale [Thèse]. [Bordeaux, 1998, France].
13. 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.
14. 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.
15. 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.
 16. 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.
 17. Roua S. Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien: étude de faisabilité en Champagne Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
 18. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 190th ed. 2006 juin;1999–2011.
 19. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med 1982. 1998 Nov;47(10):1573–88.
 20. KAKAI H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire. 2008;4.
 21. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM.
 22. Ram P, Grol R, Rethans JJ, Schouten B, van der Vleuten C, Kester A. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. Med Educ. 1999 Jun;33(6):447–54.
 23. Yoo MS, Son YJ, Kim YS, Park JH. Video-based self-assessment: implementation and evaluation in an undergraduate nursing course. Nurse Educ Today. 2009 Aug;29(6):585–9.
 24. 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.
 25. Steinert Y. Twelve tips for using videotape reviews for feedback on clinical performance. Med Teach. 1993;15(2–3):131–9.
 26. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. J Gen Intern Med. 2000 Nov;15(11):805–10.
 27. Eaton W. Analyse de vidéos. Can Fam Physician. 2014 Jan;60(1):e92–4.

28. 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.
29. 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.
30. Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract.* 1984 Nov;34(268):607–10.
31. Servant JB, Matheson JAB. Video recording in general practice: the patients do mind. *J R Coll Gen Pract.* 1986 Dec;36(293):555–6.
32. Butler D, Englert L. On the rise and fall of videotaping programs. *Fam Med.* 2001 Mar 1;33:89–90.
33. EF Vol. 28:1 - Le style d'apprentissage: une perspective historique.
34. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician.* 2001 Dec;47:2494–9.
35. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it – a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ.* 2005;5:28.
36. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach.* 2007 Jan 1;29(1):2–19.
37. 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.* 1996 Jul;71(7):744–8.
38. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J Clin Res Ed.* 1985 Aug 3;291(6491):315–7.
39. Chou C, Lee K. Improving residents' interviewing skills by group videotape review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2002 Jul;77(7):744.
40. Lane JL, Gottlieb RP. Improving the interviewing and self-assessment skills of medical students: is it time to readopt videotaping as an educational tool? *Ambul Pediatr Off J Ambul Pediatr Assoc.* 2004 Jun;4(3):244–8.
41. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract.* 1995 Mar;45(392):137–41.
42. Chauvin B, Nguyen-Thanh P, Hermil J-L, Auquit-Auckbur I, Schuers M, Boulet P. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen: Cadre légal et pratique. France; 2018.

7 ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien semi-dirigé interne

Entretien SODEV niveau 1 pour les internes

Signer consentement

Age, sexe, année d'internat

Garantir anonymat

1) Présentation

- Pourrais-tu te présenter rapidement ?
 - Stage déjà effectué en internat
 - Orientation future (urgence, libéral, pmi, salarié, etc)
- Qu'est ce qui t'a motivé pour participer à cette étude ?
- Avais-tu déjà fait des consultations en autonomie ?

2) Déroulement de la méthode

- Comment s'est passé le premier enregistrement vidéo ?
 - Comment avez-vous sélectionné les consultations que vous alliez filmer ?
 - Comment avez-vous réalisé la demande de consentement ?
 - Comment s'est déroulé la mise en place technique ?
 - Comment te sentais-tu durant l'enregistrement ?
 - Quel a été le ressenti du patient pendant la présentation du protocole, au niveau du consentement ? Et puis pendant la consultation ?
 - Comment avez-vous réussi à intégrer la méthode dans une journée de travail ?
- Comment s'est passé le 2^{ème} enregistrement ?
- Est-ce que la caméra a influencé ta communication ?

3) Déroulement de la rétroaction

- Comment s'est passé la 1^{ère} rétroaction ?
 - A quel moment vous l'avez fait ?
 - Combien de temps ça a duré ?
- Comment s'est passé la 2^{ème} rétroaction ?

- Quel a été ton ressenti sur la rétroaction ?
- Avez-vous utilisé la grille de Calgary ?
 - Trouves-tu la grille de Calgary adaptée ?

4) Intérêts et inconvénients de la méthode

- Quels intérêts as-tu trouvé dans l'utilisation de la méthode ?
- Quels inconvénients as-tu trouvé dans l'utilisation de la méthode ?
- Combien d'enregistrement te semblent nécessaire pour la formation, pour améliorer ta communication ?
- Quel type de consultation à filmer ? Des consultations au hasard, ou plutôt des consultations que tu définis à l'avance ?

5) Impact sur la communication

- Est-ce que tu as été gêné par la caméra ? Est-ce que tu as l'impression que le patient a été gêné par la caméra ?
- Est-ce que la supervision directe a eu un impact sur ta communication pour les consultations ultérieures ?
- Est-ce tu as vu un impact sur d'autres compétences que la communication ? (urgence, approche globale, prise en charge complexe, éducation/prévention/dépistage, continuité/suivi/coordination des soins, professionnalisme).
- As-tu ressenti un progrès entre les 2 enregistrements ?

6) Relation interne / MSU

- Penses-tu que ta relation avec ton MSU s'est modifiée avec la méthode ?

7) Avenir de la méthode

- Serais-tu prêt à utiliser cette technique à tes futurs internes si tu deviens MSU ?
- Penses-tu que cette technique est adaptée au stage de niveau 1 ? Est-ce que c'est trop tôt ?
- A quel moment penses-tu que cette technique a été le plus formateur dans ton stage ?
- Quel est selon toi l'avenir de cette méthode pédagogique ?
- As-tu d'autres commentaires à rajouter ?

Annexe 2 : Canevas d'entretien semi-dirigé MSU

Entretien SODEV niveau 1 pour les MSU

1) Présentation

- Pourriez-vous vous présenter rapidement ? Age, nombre d'années d'installation et votre parcours professionnel, DU, mode d'exercice ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé pour participer à cette étude ?

2) Déroulement de la méthode

- Comment s'est passé la formation à la méthode ?
- Comment s'est passé le premier enregistrement vidéo ?
 - Comment avez-vous sélectionné les consultations et les patients que vous alliez filmer ?
 - Comment avez-vous réalisé la demande de consentement ?
 - Comment s'est déroulé la mise en place technique ?
 - Comment s'est senti votre interne durant l'enregistrement ?
 - Quel a été le ressenti du patient pendant la présentation du protocole, au niveau du consentement ? Et puis pendant la consultation ?
 - Comment avez-vous réussi à intégrer la méthode dans une journée de travail ?
- Comment s'est passé le 2^{ème} enregistrement ?
- Est-ce que la caméra a influencé votre communication ?

3) Déroulement de la rétroaction

- Comment s'est passé la 1^{ère} rétroaction ?
 - A quel moment vous l'avez fait ?
 - Combien de temps ça a duré ?
- Comment s'est passé la 2^{ème} rétroaction ?
- Quel a été votre ressenti sur la rétroaction ?
- Avez-vous utilisé la grille de Calgary ?
 - Trouvez-vous la grille de Calgary adaptée ?
- Pensez-vous que la supervision directe a un intérêt par rapport à une supervision indirecte ?

4) Intérêts et inconvénients de la méthode

- Quels intérêts avez-vous trouvés dans l'utilisation de la méthode ?
- Quels inconvénients avez-vous trouvés dans l'utilisation de la méthode ?
- Combien d'enregistrements vous semblent nécessaires et facilement réalisables sur un semestre pour un interne ?
- Quel type de consultation à filmer ? des consultations au hasard, ou plutôt des consultations définies à l'avance ?
- En matière de communication avez-vous vu un intérêt à cette méthode ? pour vous, et votre interne ?

5) Impact sur la communication

- Est-ce que vous avez vu un impact sur d'autres compétences que la communication ? (urgence, approche globale prise en charge de la complexité, éducation/prévention/dépistage, continuité/suivi/coordination des soins, professionnalisme).
- Est-ce que la caméra a gêné l'interne ?
- Est-ce que la caméra a gêné le patient selon vous ?
- Est-ce que vous avez vu des progrès entre le premier et le 2^{ème} enregistrement ?

6) Relation interne / MSU

- Cette technique est-elle une bonne technique d'évaluation de l'interne ?
- Cette méthode a-t-elle changé votre relation avec l'interne ?

7) Avenir de la méthode

- Seriez-vous prêt à utiliser cette technique à vos futurs internes ?
- Pensez-vous que cette technique est adaptée au stage de niveau 1 ?
- Cette méthode va-t-elle modifier votre orientation pédagogique ?
- Que pensez-vous de l'avenir de cette méthode ?
- Avez-vous d'autres commentaires à rajouter ?

Annexe 3 : Fiche de consentement patient



Faculté de Médecine,
Pharmacie

Directeur du DUMG
Coordonateur du DES de médecine Générale
✉ jean-loup.hermit@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 4 : Fiche de consentement interne



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'entraîne 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 5 : Fiche information MSU et interne

Bonjour,

Vous allez participer à une thèse sur la mise en place de la supervision par observation directe par enregistrement vidéo (SODEV) en stage de premier niveau en cabinet de médecine générale.

La SODEV est une méthode d'apprentissage de la communication, qui existe depuis de nombreuses années dans de nombreux pays, et complètement intégrée dans le cursus avec un module à valider.

La communication médicale est primordiale et a un impact sur les décisions prises au cours d'une consultation, et pourtant très peu enseignée dans les facultés de médecine française. Le DMG de Rouen a donc décidé de réaliser des travaux de thèse pour montrer l'impact positif de cette technique, notamment lors des stages SASPAS.

Nous souhaitons montrer que l'apprentissage de la communication médicale à l'aide de l'outil vidéo peut se faire dès le stage de premier niveau.

Dans un premier temps, pendant le semestre de stage de niveau 1, il sera réalisé deux séances de supervision vidéo :

- La première au 3^{ème} mois (après adaptation par l'interne à l'activité de médecine générale libérale et à l'environnement du cabinet) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétences et lui allouer des nouveaux objectifs.
- Puis au 5^{ème} mois, soit à la fin du semestre pour observer les progrès de l'interne.

Seul l'entretien de la consultation sera filmé. L'examen clinique ne sera pas filmé et le visage du patient n'apparaîtra donc pas sur l'enregistrement mais sa voix sera audible.

Quelques consultations seront filmées, avec le consentement, préalable, par écrit, du patient.

Il sera réalisé dans un second temps une supervision, à la fin des consultations, où la vidéo sera visualisée avec l'interne et le MSU.

Cette supervision sera structurée à l'aide d'une grille pédagogique.

Elle servira de support à une discussion sur les techniques de communication verbale et non verbale et les compétences relationnelles de l'interne.

Le matériel vidéo est prêté par le DMG avec un guide d'utilisation de la caméra. Les feuilles de consentement sont également fournies.

A la fin du stage, je viendrais à votre rencontre pour évaluer votre ressenti sur cette expérience par un entretien. Ce recueil de données permettra de réaliser une étude qualitative sur la SODEV en stage de premier niveau.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire

En vous remerciant par avance.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Matthieu Letellier

Annexe 6 : Comité d'éthique de la recherche non interventionnelle

Comité d'Ethique de la Recherche non- interventionnelle CHU de Rouen

Président : Pr Luc-Marie JOLY

Vice Président : Pr Jean-Jacques TUECH

Membres :

Pr Loïc FAVENNEC

Pr Isabelle MARIE

Dr Didier PINQUIER

Pr Horace ROMAN

Pr Eric VERIN

Rouen le 3 - 5 - 2018

Le comité d'éthique de la recherche du CHU de Rouen a examiné le courrier et le protocole (E2018-32)

du Dr ...Philippe NGUYEN-THANH et des enseignants de médecine générale du CHU de Rouen....

intitulé : " ... Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo de consultation en médecine générale... "

Ce protocole propose de rapporter les résultats d'une étude pédagogique, ne relevant pas de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 (dite loi Jardé) relative aux recherches impliquant la personne humaine et avec ses décrets d'application promulgués en 2016 et 2017 avec effet immédiat.

Ce protocole ne pose pas de problème éthique et se trouve en conformité avec la loi française sur la recherche.

Le comité donne un avis favorable.

Il revient aux auteurs de s'assurer de la conformité de leur projet avec la loi Informatique et Liberté.

Professeur Luc-Marie JOLY
Président



Annexe 7 : Consentement de participation à une étude médicale



Faculté de Médecine,
Pharmacie

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

Certifie avoir reçu(e) et compris(e) toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale qualitative sur la supervision vidéo directe en stage de niveau 1 de médecine générale.

J'accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit après la fin du travail.

Les enregistrements seront retranscrits dans leur intégralité et seront anonymisés.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par M. LETELLIER Matthieu, interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen.

Fait à le

Signature

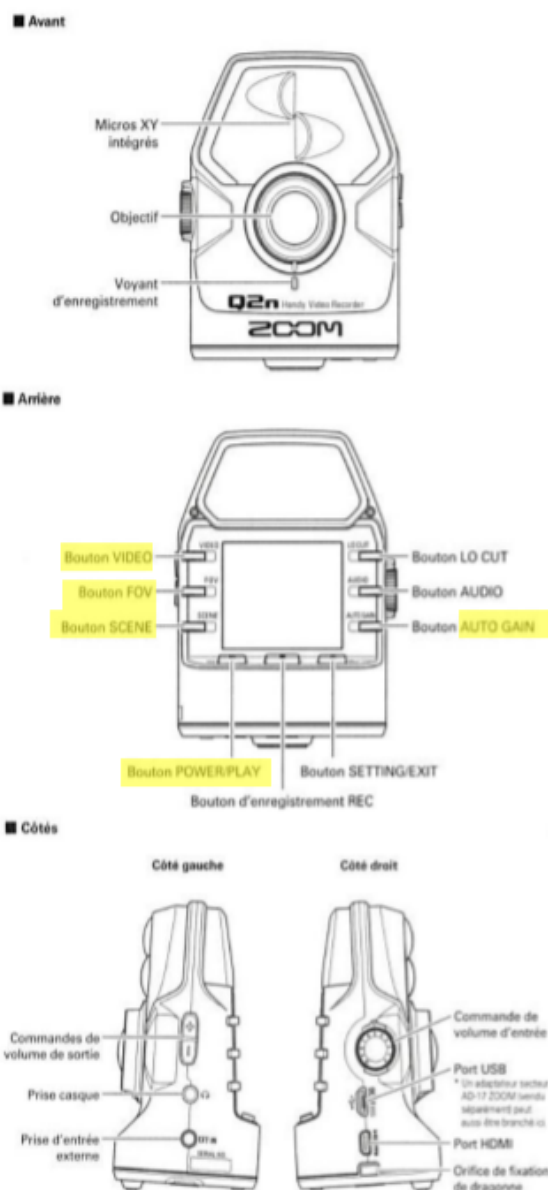
Annexe 8 : Protocole SODEV en stage de premier niveau

Protocole : La SODEV en stage de premier niveau : Etude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes

1. Présentation de la caméra

1.1. Matériel

Le matériel utilisé est une caméra portable ultracompacte *Zoom Q2n®* pour les enregistrements vidéos et dont la description est la suivante (Extrait de la notice de la caméra Q2n) :



- Appuyer 2 secondes sur le bouton POWER/PLAY, tout à droite, pour allumer la caméra

- A l'aide du bouton VIDEO, en haut à gauche, régler la caméra sur 720x24 CINEMA (si la vidéo est en 1080 au lieu de 720, la vidéo sera plus lourde et la carte ne pourra pas enregistrer toutes les consultations)

- avec le bouton FOV, milieu gauche, vous pouvez régler l'angle de prise de vue. Si vous voulez un très grand angle, mettez-le sur WIDE. En angle restreint, choisissez TELE. Vous pouvez ajuster selon vos besoins entre ces 2 positions.

- Avec le bouton SCENE, laissez-en Auto

- Avec le bouton AUTO GAIN, on ajuste la sensibilité générale du micro. Réglez-le en MEETING.

2. Déroulement technique des enregistrements

2.1. Recueil du consentement

L'information au patient doit être donnée par l'interne ou le MSU avant la consultation de façon claire et compréhensible.

La réalisation d'une consultation filmée a pour objectif d'évaluer puis d'améliorer la compétence relationnelle de l'interne en insistant sur la communication verbale ou non verbale.

Il est important de préciser que la caméra ne filmera pas l'examen clinique, que la vidéo sera visualisée uniquement par l'interne et le MSU, qu'il n'y aura pas de risque de piratage car toutes communications filaires ou non-filaires de l'ordinateur seront coupées, et enfin que la vidéo sera effacée à la fin de la supervision vidéo.

Le recueil du consentement est obligatoirement par écrit, et réalisé par l'interne ou le MSU, avant l'enregistrement de la consultation.

2.2. Installation de la caméra

Au préalable de la consultation, l'installation de la caméra est réalisée par le MSU, assisté de l'interne.

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

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

La caméra peut être placée sur toute surface et n'a pas forcément besoin d'être alimentée électriquement car comporte un système à piles mais dont l'usure est rapide.

La bonne position de la caméra doit être vérifiée au préalable, par des tests, grâce à l'écran arrière de la caméra.

2.3. Déroulement de l'enregistrement

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

Lors de l'entrée du patient dans le cabinet, l'interne débute l'enregistrement en appuyant sur la touche « Record ».

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 ou le MSU interrompt l'enregistrement à l'aide de la touche « Record ».



2.4. Visualisation des vidéos

L'ordinateur qui va permettre la visualisation des vidéos doit être mis en « mode avion » ou les communications Wi-Fi, Bluetooth et filaire doivent être interrompues.

Deux méthodes :

Carte mini SD insérée dans l'ordinateur

- La carte mini SD située dans la caméra (dans le logement des piles sous la caméra) est retirée et mise dans l'adaptateur prévu à sa lecture au niveau de l'ordinateur.
- 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.

Lecture sans retirée la carte mini SD de la caméra

- Brancher le câble USB-IDMI entre l'ordinateur et la caméra
- Une fois la caméra reconnue par l'ordinateur afficher le contenu du dossier contenant la ou les vidéos
- Lisez les vidéos

Lorsque les vidéos ont été visualisées, elles doivent être supprimées de la carte SD.

3. Déroulement de la SODEV durant le stage de premier niveau

3.1. Réalisation des enregistrements

Pendant le semestre de stage de niveau 1, il sera réalisé deux séances de supervision vidéo :

- La première au 3^{ème} mois (après adaptation par l'interne à l'activité de médecine générale libérale et à l'environnement du cabinet) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétences et lui allouer des nouveaux objectifs.
- Puis au 5^{ème} mois, soit à la fin du semestre pour observer les progrès de l'interne.

Le MSU choisit sur une période de la journée de filmer quelques consultations, en accord avec l'interne.

L'autonomie de l'interne sur toute ou partie de la consultation est définie au préalable en accord avec l'interne. L'interne consulte en autonomie pour l'accueil du patient, le recueil du/des motif(s) de consultation, les données d'anamnèse, l'examen clinique (qui est non filmé mais dont la bande son est enregistrée) et les propositions thérapeutiques.

Lorsque l'interne a fini la consultation, il va solliciter le MSU afin de confirmer ou d'infirmer les propositions thérapeutiques proposés, la consultation se terminant, selon ce qui a été défini au préalable, soit seul avec le patient soit en trinôme.

3.2. Déroulement de la supervision

La supervision est expliquée à l'interne par le MSU (et fait l'objet d'un consentement écrit au préalable).

La supervision vidéo a idéalement lieu en fin de période de consultation sur un créneau dédié.

Sur proposition de l'interne et/ou du MSU, une ou plusieurs consultations sont sélectionnées ou alors toutes les consultations peuvent aussi être visualisées à la suite sans sélection de patient.

La vidéo est visualisée par l'interne et le MSU, soit dans son intégralité, soit en choisissant des séquences particulières si elles sont jugées pédagogiquement importantes.

La supervision est réalisée à l'aide la grille fournie et répondant au critère de validation de stage de niveau 1. Le MSU et l'interne remplissent la grille en fonction des objectifs pédagogiques atteint par l'interne.

La supervision est réalisée obligatoirement au cabinet du MSU.

A l'issue de la supervision, le MSU effectue, en concertation avec l'interne, une prescription pédagogique et définit des objectifs d'apprentissage/amélioration.

Les vidéos sont obligatoirement effacées de la carte SD à la fin de la supervision.

3.3. Conseil

La SODEV nécessite un temps pédagogique dédié afin de ne pas grever l'emploi du temps du MSU et de l'interne. Il est donc conseillé au binôme MSU/interne de libérer 1 à 2h de leur temps en fin de période de consultation pour réaliser la séance de supervision.

Le temps dédié à la supervision vidéo ne devrait pas excéder 4h sur 6 mois.

4.1 Traces

Il est demandé à l'interne de faire un compte rendu de ces séances de supervision et de les colliger dans son portfolio.

Une trace est réalisée pour chaque séance de supervision

Le contenu de la trace doit spécifier :

- Période du stage (nombre de mois depuis le début du stage)
- Nombre de consultations filmées
- Méthode de sélection des vidéos :
 - o Visualisations au préalable par : l'interne, le MSU, les deux
 - o Choix des vidéos par : l'interne, le MSU, les deux
 - o Sélection dans les vidéos : Partie ou totalité
- Motifs de consultations apportés par le patient dans les vidéos sélectionnées (classification CISP)
- Eléments pointés d'après la grille et explication de la sélection effectuée
- Compétences abordées
- Résumé de l'échange avec le MSU
- Diagnostic pédagogique du MSU
- Prescription pédagogique du MSU
- A la seconde séance de supervision, la trace doit rapporter l'évolution pédagogique de l'interne et sur quelles compétences
- Le ressenti de l'interne à propos de
 - o Cette méthode pédagogique
 - o De l'évolution des compétences abordées
- Appréciation libre de l'interne

RÉSUMÉ

Introduction : la SODEV est une méthode pédagogique innovante utilisée depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons. En France, cette méthode tend à se développer principalement en SASPAS. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le retour d'expérience d'un protocole de supervision directe par vidéo auprès des MSU et des internes lors de leur stage de niveau 1.

Méthode : étude qualitative par entretien semi-dirigés individuels auprès des MSU et des internes à Rouen après avoir conçu un protocole adapté au stage de niveau 1.

Résultats : neuf entretiens auprès des MSU et sept entretiens auprès des internes ont été réalisés de novembre 2018 à novembre 2019, pour une durée moyenne de 25 minutes et 21 minutes respectivement. Il s'agit d'une méthode adaptée au stage de niveau 1 et pourrait être réalisée encore plus tôt. L'aspect technique a été facile. L'acceptabilité des patients semble être différente selon la personne qui présente la méthode. L'auto-évaluation est importante pour l'étudiant. Il participe à sa formation et objective les remarques du MSU. Le temps est l'inconvénient principal. Certains MSU ont proposé des pistes pour l'améliorer. La SODEV est une technique intéressante pour améliorer les compétences en médecine générale et notamment les compétences communicationnelles. Des formations à la communication en santé et à l'analyse de la rétroaction pour les MSU seraient utiles.

Conclusion : la SODEV est adaptable à tous les niveaux. Il s'agit d'une méthode d'avenir à généraliser et à adapter aux besoins d'apprentissage de l'étudiant pour la rendre efficace et utile pour tous.

Mots-clés : SODEV, enregistrement vidéo, médecine générale, niveau 1, communication