



HAL
open science

Expérimentation de la Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé en médecine générale : étude qualitative auprès de maîtres de stage à La Réunion
Vincent Guerin

► **To cite this version:**

Vincent Guerin. Expérimentation de la Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé en médecine générale : étude qualitative auprès de maîtres de stage à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03346413

HAL Id: dumas-03346413

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03346413>

Submitted on 16 Sep 2021

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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2021

N° : 2021LARE035M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Expérimentation de la supervision par observation directe avec
enregistrement vidéo pour la formation à la communication en
santé en médecine générale : étude qualitative auprès de maîtres
de stage à La Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 09/06/2021 à 19h00
à La Réunion

Par Vincent GUERIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Patrick GAILLARD (rapporteur de thèse)

Madame la Professeure Line RIQUEL

Madame la Docteure Capucine BENOIT DE COIGNAC

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Grégory REIX

Table des matières

Liste des tableaux et figures	2
Liste des abréviations	3
I. Introduction.....	4
A. L'importance de la communication en santé.....	4
B. Les stages ambulatoires du DES de médecine générale en France.....	5
C. Données de littérature sur la SODEV	6
II. Méthode	9
A. Type d'étude.....	9
B. Population.....	9
C. Recueil de données.....	10
D. Analyses des données et critères de validité	10
E. Critères éthiques	11
III. Résultats	12
A. Caractéristiques de la population et des entretiens.....	12
B. Perception du MSU de l'acceptabilité et du vécu de l'interne	13
C. L'interne maître de l'outil	19
D. Aspect pédagogique	23
E. Organisation des SODEV.....	32
F. Freins et difficultés rencontrées	36
G. Une formation et information spécifique nécessaire.....	40
H. Modélisation.....	45
IV. Discussion	46
A. Des principaux résultats	46
B. Forces et faiblesses de l'étude.....	54
C. Perspectives de généralisation et d'améliorations de l'outil	56
Références bibliographiques	58
Annexes.....	62
Serment d'Hippocrate	76

Liste des tableaux et figures

Tableau 1: Caractéristiques des MSU	12
Figure 1 : Modélisation.....	45

Liste des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIL : Correspondant informatique et libertés

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DMG : Département de médecine générale

DUMG : Département universitaire de médecine générale

IMG : Interne de médecine générale

MSU : Maître de stage des universités

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

SN1 : Stage ambulatoire de niveau un

SODEV : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo

UFR : Unité de formation et de recherche

UMF : Unité de médecine familiale

I. Introduction

A. L'importance de la communication en santé

Au cours des 1^{er} et 2^{ème} cycles des études médicales, les programmes de formation des étudiants en médecine visaient presque exclusivement l'acquisition de connaissances. Les réformes du 1^{er} et du 2^{ème} cycles visent maintenant le développement des compétences.

Le vieillissement démographique de la population, la prévalence des maladies chroniques, la diversité des solutions thérapeutiques et l'accès facile aux informations médicales par les patients ont entraîné un changement profond de leurs demandes. La communication est désormais au cœur d'une prise en charge efficace. Les patients ont besoin de mieux comprendre leur situation médicale afin de collaborer avec le médecin et d'être acteurs engagés de leur santé (1).

La communication se définit comme « *un échange d'informations, et le développement d'une relation* » (2). Elle est la pierre angulaire de la relation médecin-patient.

Dans la prise en charge actuelle du patient, il y a une volonté de s'entretenir avec lui et de prendre en compte son environnement bio-psycho-socio-culturel, ses attentes et ses besoins. Une réponse purement technique ne saurait suffire. Nous sommes passés d'une approche biomédicale et paternaliste à une approche centrée patient qui a prouvé son efficacité (2, 3).

Cette approche centrée patient requiert le développement, la maîtrise d'habiletés communicationnelles et relationnelles en plus du savoir technique et clinique. Des outils et guides d'aide à la structuration de la relation médecin-patient ont été développés et notamment la structuration de l'entrevue médicale par le groupe de Calgary-Cambridge (4-7).

La littérature a révélé que certains comportements communicationnels favorisent la qualité et l'efficacité des soins et influent favorablement sur la santé des patients (8). Une communication efficace augmente la satisfaction à la fois du patient mais aussi celle du professionnel de santé (1,8,9). Elle diminue le risque de faire l'objet d'une plainte ou d'une poursuite judiciaire, civile ou ordinaire (10,11). Les difficultés dans le soin sont le plus souvent liées à un défaut de communication entre patient et soignant (12).

Le groupe de travail d'Attali et *al* sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a placé la communication au centre de son modèle pédagogique d'apprentissage (13), représentée par la marguerite des compétences (Annexe 1). Le développement de l'enseignement de la communication est nécessaire notamment par une valorisation des stages ambulatoires et l'évaluation des compétences en communication des internes et des enseignants (14).

Une révision du programme du Diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale à La Réunion a eu lieu le 2 mai 2021. L'enseignement de la communication en santé est composé d'un séminaire de 6 h couplé à des ateliers de simulation sur l'annonce de la mauvaise nouvelle. D'autres modules comme celui sur l'éducation thérapeutique du patient ou le séminaire addictologie permettent de compléter cet enseignement. Avant cette révision, la formation en communication en santé était composée de plusieurs modules : annonce de la mauvaise nouvelle, relation médecin patient, technique de communication et situation difficile soit 8 heures de formations.

B. Les stages ambulatoires du DES de médecine générale en France

La réforme du troisième cycle des études médicales (15) entrée en vigueur en novembre 2017 segmente désormais le troisième cycle des études médicales en trois phases : phase socle, phase d'approfondissement et phase de consolidation. Pour la discipline médecine générale il n'y a pour le moment pas de phase de consolidation.

Le Stage ambulatoire de niveau un (SN1) dont l'objectif principal est *« la mise en autonomie progressive de l'interne. »* (16) est effectué lors de la phase socle. Il se déroule en trois phases pédagogiques : observation, supervision directe, supervision indirecte.

Le Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) dont l'objectif principal est *« l'exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée avec sa propre file active de patients »* (16) est effectué lors de la phase d'approfondissement. La méthode pédagogique de supervision privilégiée est la supervision indirecte. Le recours à l'observation et à la supervision directe est possible à tout moment et en particulier en début de stage. La

supervision directe est la plus adaptée pour analyser les compétences relationnelles et communicationnelles de l'interne.

La Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique pour la formation en communication en santé d'étudiants en médecine (17). Il s'agit d'enregistrer la consultation d'un étudiant suivi d'une rétroaction pédagogique de son Maître de stage des universités (MSU) à partir de l'outil vidéo. Elle peut être effectuée en SN1 ou en SASPAS. La SODEV est préférentiellement utilisée pour analyser les compétences communicationnelles de l'interne (17).

C. Données de littérature sur la SODEV

1. À l'international

L'essentielle de la bibliographie sur l'outil vidéo est canadienne et anglosaxonne.

Les méthodes expérimentales d'enseignement des compétences en communication sont supérieures aux approches didactiques traditionnelles (17-19). Maguire et *al.* en 1986 (20) ont comparé un groupe de psychiatres ayant reçu au cours de leur cursus une supervision par vidéo à un autre groupe n'en ayant pas reçue. De meilleures compétences communicationnelles dans le premier groupe persistaient cinq ans après.

Lambelet développa initialement le concept de formation à l'aide de la vidéo. Il l'utilisa comme une sorte de miroir dans lequel l'individu en formation pouvait se voir et être supervisé. Il y abordait la supervision de la communication non verbale (21).

Les études sur l'utilisation de la vidéo en tant que modalité d'enseignement des habilités communicationnelles ont prouvé qu'elle permettait d'améliorer les compétences en communication des internes (22-24). L'utilisation de la vidéo comme base d'autoévaluation, offre aux internes la possibilité d'examiner leurs propres comportements (25).

Une revue de la littérature portant sur l'enregistrement vidéo des consultations d'étudiants effectuée par Hammoud et *al.* en 2012 (17) révélait une satisfaction globale des étudiants. De plus, l'amélioration des compétences était potentialisée par une auto-évaluation couplée à une rétroaction pédagogique d'un expert (26).

2. En France

En France l'apprentissage de la communication médecin-patient progresse actuellement en particulier à l'aide de l'outil vidéo.

Ce fut William Durieux en 1998 (27) dans son travail de thèse qui a présenté l'utilisation de la vidéo pour la première fois après un semestre effectué à l'Unité de médecine familiale (UMF) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montréal.

Au cours des dernières années, des travaux de thèses ont exploré le retour d'expérience de SODEV auprès de MSU (28,29) et d'internes (30,31). D'autres travaux ont porté sur le retour d'expérience à la fois de l'interne et du MSU (32).

Des études ont pu identifier les freins et difficultés rencontrées (33) d'autres ont précisé son cadre pratique et légal (34). Les principales difficultés et freins retrouvés furent la confrontation à son image difficile pour l'interne (35), le vécu anxiogène d'être évalué par un tiers, l'aspect chronophage de la SODEV et le besoin de formation décrit par les MSU (33). Les études suggéraient cependant une acceptation positive de la SODEV par les internes et les MSU, ainsi qu'un apport pédagogique positif reconnu.

Une étude plus puissante observationnelle multicentrique de cohorte menée par l'université Paris-EST-Créteil entre 2017 et 2018 a recruté 43 internes appartenant à 20 centres investigateurs. Elle a permis de confirmer cette acceptabilité avec un taux de satisfaction de 83,7 % associé à un fort taux de participation (31).

Malgré ces résultats encourageants la mise en place de la SODEV dans les différents Départements universitaires de médecine générale (DUMG) est faible. Une étude en 2018 a fait l'état des lieux de l'utilisation de la SODEV en France et à l'international. Seulement trois DUMG sur 32 utilisaient la SODEV en France, principalement justifié par les obstacles matériels, la méconnaissance de l'outil et les obstacles juridiques (36).

En 2019, le DUMG de l'Unité de formation et de recherche (UFR) en santé de La Réunion a choisi de mettre en place la SODEV pour un groupe de MSU et d'internes volontaires. Un protocole inspiré des travaux réalisés par l'université de Rouen (34) a été établi par le DUMG de La Réunion (Annexe 2). Ce protocole comportait plusieurs étapes :

- Première étape : mise en pratique de la SODEV dans les SN1 et SASPAS à La Réunion sur la base du volontariat. Enregistrement vidéo de la consultation par l'interne à l'aide d'une caméra vidéo Zoom Q2n[®] avec support amovible. Enregistrement filmé d'une ou plusieurs séries de consultations entre l'interne et son patient.
- Deuxième étape : proposition d'un visionnage de la consultation par l'interne seul pour autoévaluation avec appui de la grille du CNGE (Annexe 3).
- Troisième étape : visionnage de la consultation par l'interne et son MSU avec appui de la grille du CNGE pour hétéroévaluation.

La grille du CNGE a été préférée comme outil de support car elle a paru plus simple à comprendre et à aborder que d'autres outils utilisés dans de nombreuses études comme la grille de Calgary-Cambridge. De plus, elle était déjà connue et utilisée comme outil d'évaluation dans la pratique courante des MSU, simplifiant sa compréhension et son utilisation.

Pour réaliser l'étude, le DUMG de La Réunion a fait une déclaration de conformité simplifiée auprès du Correspondant informatique et libertés (CIL). Le projet pédagogique a été enregistré au registre de l'université auprès du délégué à la protection des données de l'université, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD).

S'agissant de consultations filmées, un consentement oral et écrit était requis. Il s'agissait de pouvoir enregistrer puis visionner les consultations vidéo tout en respectant le secret médical.

La question de recherche de cette thèse était : quels sont l'acceptabilité, la faisabilité et l'intérêt de la SODEV dans la formation à la communication des internes pour les MSU du DUMG de La Réunion ?

L'objectif principal de cette thèse était d'explorer l'acceptabilité, la faisabilité et l'intérêt de la SODEV pour la formation à la communication des internes par retour d'expérience des MSU au sein du DUMG de La Réunion.

Une thèse parallèle et complémentaire a été faite auprès d'Internes de médecine générale (IMG) par Sarah Paris pour explorer leurs points de vue. L'objectif principal de cette thèse était d'explorer l'acceptabilité, la faisabilité et l'intérêt de la SODEV pour la formation à la communication des internes par retour d'expérience d'internes au sein du DUMG de La Réunion.

II. Méthode

A. Type d'étude

La méthode a été rapportée en respectant les critères COREQ (37).

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec analyse s'inspirant du principe de la théorisation ancrée.

B. Population

1. Critère d'inclusion

Il s'agissait de tous les MSU accueillant des internes de médecine générale de La Réunion en SN1 ou SASPAS volontaires pour l'expérimentation SODEV du DUMG de La Réunion et acceptant de participer à l'étude.

2. Critère d'exclusion

Il s'agissait des MSU ou des internes refusant de participer à cette étude. Ceux ayant accepté mais qui n'ont finalement pas réalisé de SODEV ont été exclus.

3. Échantillonnage et recrutement

Les MSU ont été invités et contactés par courriel par un des directeurs de thèse (Annexe 4). Les médecins ayant répondu par la positive quant à leur intérêt à utiliser la SODEV ont ensuite été relancés par courriel par les chercheurs pour une rencontre à leurs cabinets médicaux afin de leur présenter l'étude.

L'échantillon raisonné s'est constitué en fonction de l'accord des MSU sur leur participation. Ils ont d'abord dû présenter le projet à leur(s) interne(s) afin d'obtenir leur(s) accord(s).

Le recrutement s'est réalisé sur la base du volontariat des internes sollicités à participer à la SODEV. Quatre MSU ont acheté leurs propres caméras. Les chercheurs ont financé deux caméras qui ont été prêtées à tour de rôle aux 5 autres MSU.

C. Recueil de données

Des entretiens semi-dirigés ont été conduits suivant un canevas d'entretien élaboré d'après les données bibliographiques. Il était composé d'une question « brise-glace » et de questions de relance ouvertes définissant des domaines à explorer (Annexe 5). Les questions ont ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens et de l'analyse des données sans faire perdre de cohérence à l'étude (Annexe 6).

Les entretiens ont été retranscrits « mot à mot » manuellement par le chercheur sur un site internet oTranscribe puis transférés sur le logiciel de traitement de texte Word®.

Lors de la retranscription, le style syntaxique et grammatical propre à chacun des MSU interviewés a été conservé, sans l'interpréter, afin de préserver l'authenticité de leur discours et minimiser les erreurs d'interprétation des données. Afin de garantir l'anonymat des participants, les noms des MSU étaient remplacés par la lettre M suivi du chiffre correspondant à l'entretien dans un ordre chronologique et le nom et prénom des internes n'étaient jamais retranscrits.

Un journal de bord à l'écrit a été tenu par le chercheur et complété tout au long de l'étude et en particulier après chaque entretien comprenant ses questionnements, ses intuitions, ses remarques et des voies d'améliorations pour la conduite des entretiens.

D. Analyses des données et critères de validité

Le codage et l'analyse s'inspirant du principe de la théorisation ancrée des *verbatim* ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR NVivo® 12.

Le codage ouvert puis axial a permis de dégager plusieurs catégories qui ont ensuite été intégrées et mises en relation par le codage sélectif permettant l'émergence d'une théorie.

Une triangulation des données a été effectuée à l'aide du même logiciel par un second chercheur (Sarah Paris) afin d'assurer la validité interne de l'étude.

Aucun nombre d'entretiens minimum n'était à définir au préalable, le but étant d'arriver à suffisance théorique des données. La suffisance théorique des données a été atteinte car tous les participants ayant expérimenté l'outil mis en place par le DUMG de La Réunion ont été interviewés.

E. Critères éthiques

S'agissant de consultations filmées un consentement oral et écrit était requis. Il s'agissait de pouvoir enregistrer puis visionner les enregistrements tout en respectant le secret médical. C'est pourquoi deux formulaires de consentement étaient obligatoirement établis pour la réalisation des SODEV : un formulaire patient (Annexe 7) et un interne (Annexe 8). Le protocole du DUMG prévoyait que l'enregistrement ne soit visionné que par le MSU et son interne, et que les données enregistrées soient effacées à la suite du visionnage dans la journée. De plus, le support de stockage numérique ne devait pas être relié au réseau internet.

Le MSU était responsable de la conservation de ces consentements.

La loi n° 2012-300 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite « loi Jardé » a été votée le 5 mars 2012. Elle correspond à la réglementation garantissant la protection des personnes participant à la recherche biomédicale.

Notre étude correspond à une expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé. Elle n'entre pas dans la catégorie des recherches couvertes par la loi Jardé car elle ne porte pas sur la personne humaine mais sur des données. Elle relève réglementairement de la seule autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Aucune donnée permettant d'identifier les participants de façon directe ou indirecte n'a été colligée durant l'étude.

III. Résultats

A. Caractéristiques de la population et des entretiens

1. Caractéristiques des MSU

Tableau 1 : Caractéristiques des MSU

MSU	Âge en années	Nombre d'années de maîtrise de stage	Nombre d'internes	Niveau(x) de(des) interne(s)	Durée de l'entretien en minutes
M1	48	11	2	SASPAS/ SN1	49
M2	59	5	1	SASPAS	40
M3	36	1	1	SASPAS	52
M4	58	18	2	SASPAS/SN1	74
M5	66	25	x	x	37
M6	46	3	1	SASPAS	48
M7	57	15	1	SASPAS	53
M8	41	6	2	SASPAS/SN1	58
M9	45	3	1	SN1	41

x: inconnu

M5 s'était procuré une caméra et avait effectué des SODEV avant la présentation du protocole de l'étude par le DUMG. Durant l'entretien il évoquait plusieurs SODEV, avec plusieurs internes, sur différents semestres. Il ne se souvenait pas du nombre de SODEV réalisées avec ses internes respectifs.

Trois MSU avaient accepté de participer initialement à l'étude mais n'ont effectué aucune SODEV. Ils n'ont pas été inclus dans l'étude.

2. Caractéristiques des entretiens

Ils se sont déroulés sur une période allant du 10 mars 2020 au 11 février 2021, pour un total de neuf entretiens.

Les entretiens semi-dirigés ont été menés par le chercheur en face à face pour sept des entretiens. Un a été réalisé en visio-conférence. Un a été réalisé en face à face puis en visio-conférence suite à un problème technique d'enregistrement.

La durée minimale fut de 37 minutes et maximale de 1 heure 14 minutes, pour une moyenne de 50 minutes.

B. Perception du MSU de l'acceptabilité et du vécu de l'interne

1. Vécu et intérêt globalement positif de l'interne

L'outil fut relativement bien accepté par les internes. Quelques réticences à parfois initier la première SODEV ont pu être exprimées mais peu de freins à l'acceptation.

Certains étaient même enthousiastes à l'idée d'en refaire, d'autres en revanche ne relançaient pas spontanément leur MSU pour en réaliser de nouvelles.

« Du coup il n'y a pas du tout de réticence de cette interne à se filmer. » (M4)

« Il n'y a aucun des deux internes qui m'a dit bon alors à quand la prochaine ? Après je pense aussi que c'est aussi leur façon d'être. Ce n'est pas forcément des grands enthousiastes. » (M8)

Les MSU ont perçu un vécu globalement positif des internes, en particulier après appropriation de l'outil. Les remarques du MSU étaient en général comprises et bien vécues.

« Je pense qu'ils l'ont très bien vécu, c'est mon impression. » (M8)

« Elle s'est sentie plus sereine, elle a réussi à plus facilement oublier la caméra sur le deuxième. » (M3)

Les consentements des patients ont été obtenus assez facilement dans la plupart des cas et très peu ont refusé.

« Non les deux ou trois à qui elle a proposé ils ont accepté. » (M3)

La plupart des MSU ont trouvé l'interne plutôt naturel et spontané pendant sa consultation filmée.

« J'étais présent avec l'interne de niveau un et du coup je n'ai pas noté moi de parasitage, de freins, de difficultés, ni du patient, ni de l'interne, au déroulement. J'ai eu l'impression que le déroulement s'est fait naturellement. » (M4)

Un des MSU a cependant noté un changement d'attitude en lien avec le fait d'être filmé.

« Sur la première elle m'a dit non ce qui a changé un peu dans ma consultation c'est vrai que j'étais stressé de savoir si ça filmait au bon endroit et tout ça. » (M6)

Les relances des chercheurs pour leurs travaux de recherche ont pu contribuer à motiver les MSU à initier leurs premières SODEV.

« On l'a fait parce que tu nous as relancés en disant mais où vous en êtes ? Et à un moment donné on s'est dit faut le faire. Donc on l'a fait parce qu'on avait la nécessité de démarrer notamment pour le travail de recherche. » (M4)

L'intérêt pédagogique n'était que rarement perçu avant l'utilisation de la SODEV par les internes. Une fois la première SODEV réalisée, les internes prenaient alors conscience de son potentiel pédagogique. Ils percevaient des perspectives d'améliorations de leurs compétences.

« Ça apporte un plus vraiment, ça je crois que les étudiants sont tous convaincus après l'avoir fait, pas avant, mais après oui. » (M5)

« Quand il a vu la première et qu'on a fait le debrief il m'a semblé qu'il a pris vraiment conscience de la pertinence de l'outil. » (M2)

« Alors que le SASPAS s'est pris au jeu, senti l'intérêt, il a vu des voies d'améliorations. » (M1)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Acceptabilité et bon vécu de l'interne »).

2. Des difficultés temporaires avec leur image

La plupart des internes ont eu un ressenti difficile de se voir. Parfois ils étaient surpris de leur attitude, de leur voix.

« Ouais, apparemment au début elle était très hésitante, elle avait du mal avec son image elle a toujours du mal avec son image, à se regarder. » (M9)

Une certaine partie avait tendance à se dévaluer, à se juger.

« Critique, vachement négatif, peu de point positif quand même quand ils se regardent. » (M1)

« Elle disait qu'elle n'était pas arrivée à un niveau suffisant alors de mon point de vue c'était ... elle avait acquis un niveau supérieur. » (M7)

Un interne en particulier a moins bien vécu ce rapport à l'image, il ne souhaitait pas que son MSU regarde la vidéo.

« Donc quand je suis arrivée elle m'a dit oh là là on est obligé de le faire ? Je suis horrible et en plus ma voix elle est exécration. Je n'ai pas envie que tu me voies comme ça. » (M6)

Les difficultés s'estompaient toujours avec le temps.

« C'est toujours un peu difficile parce que c'est vrai que c'est pas facile de se ... d'appuyer sur le bouton marche c'est ... il y a une pudeur, il y a tout ça donc l'eau est froide mais il faut se jeter dans la piscine. Donc les premiers instants c'est peut-être un peu difficile. » (M5)

Ces difficultés s'atténuaient après plusieurs minutes et/ou dès le deuxième enregistrement.

« Il a effectivement ce côté miroir, mais je pense que ça dure pas. Moi je l'ignore complètement (...) Et je pense que ça ne dure pas, c'est vraiment les premières dizaines de secondes et après on rentre dans le sujet. » (M5)

« Je pense que c'est plus difficile de faire la première que la seconde. » (M7)

Objectiver soi-même ses propres erreurs, pouvait également être difficile pour les internes.

« Et je pense que ça l'a même mise mal à l'aise, parce que du coup elle a un petit peu galéré sur l'ordinateur. » (M9)

« Donc là effectivement on est plus dans une approche précise des choses et que ça peut permettre aux gens de repérer un tic verbal, un tic gestuel, des postures qui ne soient pas complètement adaptées. Et donc voilà c'est quelque chose qui est beaucoup plus objectif et qui va mettre ... qui peut mettre la personne en difficulté. » (M7)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Acceptabilité et bon vécu de l'interne »).

3. L'importance d'une bonne relation MSU-interne

Une bonne relation MSU-interne conditionnait le bon accueil de l'interne.

L'interne ne devait pas se sentir jugé en tant qu'individu mais évalué en tant que professionnel de santé lors d'une consultation.

« Il y a des actions qui vont avoir des avantages, des inconvénients et donc on essaie de dépatouiller ça, et d'analyser, c'est une analyse qu'on fait. Il n'y a pas de jugement de valeur. Ça c'est important. Simplement des actions, ce qu'on fait, engendre des comportements en face et qui sont des réactions ... qui ne sont pas toujours les mêmes. » (M5)

« Et donc il faut que ce cadre-là il soit bien dit et bien respecté et qu'on ne soit pas dans le jugement de la personne (...). C'est le professionnel de santé c'est vraiment de se positionner par rapport à ça et que quel que soit la personnalité de l'individu il y a une communication en santé à maîtriser. » (M7)

L'absence de jugement était sous-tendue par la nécessité d'une certaine bienveillance à l'égard de son étudiant. (Figure 1 : Modélisation, partie « Bienveillance et absence de jugement »).

« On était bien ensemble sur le plan de la bienveillance. Je lui ai précisé les choses, l'idée c'est ne pas dire que tu es mauvais ou tu es bon, c'est jamais ça. » (M2)

Il convenait d'adopter d'après les MSU une position et posture pédagogique quant à l'utilisation de la SODEV.

« La posture de l'interne varie à chaque fois et nous notre rôle en tant que maître de stage c'est de s'adapter à ça et les remettre dans une posture pédagogique adaptée mais pour ça il faut qu'on soit aussi dans une posture pédagogique adaptée. » (M3)

La posture du MSU peut parfois être impressionnante. Le MSU devait s'efforcer d'installer un climat serein, une relation interne MSU horizontale.

« Il y en aura qui aura peut-être plus une autorité, une hiérarchie et donc il va dire voilà il faut faire comme si comme ça. Alors que c'est un échange, donc c'est vrai que l'interne a le droit à la parole quoi, s'il y a un enregistrement, c'est lui le plus qui est acteur dans la vidéo. » (M9)

Une relation de confiance mutuelle devait être instaurée avant pendant et après la SODEV pour le bon vécu de l'interne et l'efficacité de la rétroaction. (Figure 1 : Modélisation, partie « Acceptabilité et bon vécu de l'interne »).

« Il faut qu'il y ait une grande confiance entre l'étudiant et son superviseur, si cette relation, si ce climat n'est pas dans la grande confiance réciproque, on n'aura pas la même qualité de rétroaction. » (M5)

Un des MSU a insisté sur le climat chaleureux dans lequel doit se dérouler la rétroaction.

« Bonne humeur, faut le faire dans la bonne humeur. » (M2)

« Que ça soit un peu sympa, de toute façon l'apprentissage c'est bon si c'est sympa aussi. » (M2)

La réassurance de l'interne atténuait les différents vécus difficiles de l'interne tel que le jugement de sa personne ou de ses performances.

« Donc je lui ai dit t'inquiète pas, ça veut pas dire que tu es bien ou que t'es pas bien, moi je suis là pour t'accompagner. » (M6)

« C'est aussi parce que nos relations elles étaient bonnes et en confiance qu'après ça a pu aussi bien se passer la SODEV, parce qu'elle ne s'est pas sentie ni jugée ni ... » (M3)

Le renforcement positif était utilisé par plusieurs MSU.

« Néanmoins ça a été l'occasion quand même voilà je l'ai déjà dit mais de faire du renforcement positif c'est-à-dire vraiment de la féliciter de son écoute, elle avait été vraiment très à l'écoute. » (M4)

4. L'acceptabilité cela se prépare

Les MSU ont été assez unanimes sur l'importance de la présentation préalable de l'outil, de son intérêt et de ses modalités (Figure 1 : Modélisation, partie « Acceptabilité et bon vécu de l'interne »).

« Dès lors qu'il y a une explication claire sur le déroulement, sur l'intérêt de faire la SODEV et qu'il est partagé par l'interne, il n'y a pas ... enfin pour moi les freins vont disparaître. » (M4)

« (...) d'amener l'interne à comprendre l'intérêt de cette supervision est essentielle. » (M7)

Intégrer l'outil SODEV au début des études de médecine (deuxième ou troisième cycle) pourrait accroître l'acceptabilité. Si filmer les consultations devenait courant, la SODEV serait naturelle, acceptée et bien vécue.

« Plus c'est considéré comme naturel plus c'est considéré comme une méthode pédagogique courante plus ce sera mieux ce sera accepté. » (M3)

« Il faudrait que ça rentre en fait dans un cursus mais dès le deuxième cycle en fait, avec un travail d'atelier, d'atelier filmé, puis ensuite ça sera légitime pour les internes. Ils le comprendront d'être supervisés pendant leur cursus de manière filmée. » (M4)

L'utilisation préalable de la SODEV sur soi-même par le MSU peut permettre un certain soutien à l'interne. Principalement pour l'inciter à initier la méthode mais également pour permettre au MSU d'appréhender l'outil encore plus précisément.

« C'était aussi, dans cet objectif-là, de dire tu vois moi aussi j'y vais quoi. » (M2)

Cependant très peu de MSU ont utilisé sur eux-mêmes l'outil.

C. L'interne maître de l'outil

1. L'auto-évaluation pendant la rétroaction à privilégier

Les MSU laissaient le choix à l'interne de regarder avant la vidéo sans eux, en général les internes décidaient de regarder la vidéo directement avec le MSU. (Figure 1 : Modélisation, partie « Interne maître de l'outil »).

Une des méthodes centrales pour aborder la rétroaction fut de toujours inciter l'interne dans un premier temps à s'autoévaluer. À partir de l'autoévaluation, les MSU élaboraient leur rétroaction.

« Parce que la meilleure façon de faire progresser quelqu'un c'est qu'il s'auto évalue d'abord lui et qu'il identifie lui-même ses difficultés et qu'il définisse lui-même les solutions. » (M4)

Les internes prenaient conscience de leur comportement. La communication non verbale était une habilité régulièrement abordée.

« Elle l'a vu, que dans le non verbal elle était dans les cordes. » (M4)

« Il avait l'impression, dans sa tête, je suis très en relation avec le patient, tourné vers le patient mais je passe un temps monstrueux devant l'ordinateur. » (M1)

De manière générale les remarques du MSU étaient acceptées et partagées par l'interne et inversement.

« En a argumenté d'autres que je trouvais plutôt intéressantes. » (M3)

« Et ce qui a été identifié a été partagé. » (M4)

Les MSU avaient tendance à être en retrait initialement, pour laisser place à l'autoévaluation. Les MSU posaient ensuite des questions ouvertes. Ils privilégiaient une réflexion personnelle de l'étudiant et interagissaient sur des éléments de l'autoévaluation qu'ils choisissaient.

« On a pioché des éléments qui étaient soulevés par les internes eux-mêmes. » (M4)

« Donc on s'est arrêté, j'ai interrogé l'interne de manière très ouverte, en disant, de manière très ouverte, qu'est-ce que tu en penses, qu'est-ce que tu penses de ta prestation et ce qu'il y a des choses pour toi qui sont à améliorer. » (M4)

« Et donc je lui dis qu'est-ce que tu penses de ça, est-ce que ... Qu'est-ce qui s'est passé ? » (M5)

La rétroaction devait être centrée sur les attentes de l'interne. (Figure 1 : Modélisation, partie « Interne maître de l'outil »).

« Il faut qu'elle soit vraiment adaptée aux attentes de l'étudiant. » (M5)

2. L'interne : acteur principal de l'organisation

Le choix de la mise en place de la caméra et l'organisation technique étaient en majorité gérés par l'interne. La caméra fut plutôt simple d'utilisation pour la plupart des MSU et internes.

« (...) l'interne m'a montré quand même, c'était hyper simple, ouais c'était génial. Non moi je trouvais ça hyper simple. Même elle, elle l'a fait à côté de moi, ce n'était pas compliqué. » (M6)

L'importance du caractère facultatif de la SODEV a été relevée par tous les MSU. L'interne pouvait arrêter son utilisation à tout moment.

« Que tu puisses décider de te retirer du projet. » (M1)

Les MSU imposaient le moins de choses possible et atténuaient les contraintes au maximum. Ainsi si l'enthousiasme de l'interne à l'égard de la SODEV n'était pas ou plus présent, il convenait de ne pas utiliser la SODEV.

« Si l'étudiant me dit je l'ai fait une fois ça me suffit, il ne faut pas aller plus loin, je crois... » (M5)

« Après il ne faut pas forcer, tu n'as pas envie d'y aller, t'y vas pas. Je crois qu'il ne faut pas que ce soit une contrainte, faut que ce soit librement consenti. » (M5)

Le laisser maître de l'outil et une certaine liberté quant à son utilisation étaient instaurés par les MSU.

Que ce soit sur le choix de la consultation :

« Elle a préféré ne pas le proposer par exemple sur les consultations d'IVG, parce qu'elle trouvait que c'était déjà une consultation qui était déjà complexe pour la patiente et que d'elle-même elle s'est mis le frein je préfère pas le proposer dans ce contexte de consultation, donc moi je suis allée dans son sens. » (M6)

ou les modalités d'organisation :

« Du coup ils faisaient leur consultation de la matinée au rythme où ils voulaient et ils enregistraient autant qu'ils voulaient. » (M8)

« Et puis c'est lui qui est maître du temps quoi, du timing. » (M8)

Un espacement entre les séances était nécessaire pour laisser place à une maturation de l'interne.

« On ne les a pas trop serrées non plus parce que je pense qu'il y a un temps de maturation entre les différentes. » (M1)

Le moment où débiter la SODEV devait être laissé au choix de l'étudiant.

« Nan ça dépend de l'interne, s'il veut commencer dès la première semaine pourquoi pas. » (M9)

D'après les MSU, la première SODEV devait se faire après l'autonomie acquise de l'interne, une fois ses marques prises au cabinet et surtout que la relation de confiance MSU-interne eut été établie.

« Ouais, donc voilà, l'interne a pris ses marques, il y a une relation entre l'interne et une relation pédagogique qui s'est instaurée entre l'interne et le maître de stage, une confiance mutuelle. » (M7)

D'autres ont proposé de programmer des demi-journées dédiées à la SODEV, pour notamment que l'interne soit plus libre de son utilisation dans cette demi-journée. Ils n'avaient pas à gérer la salle d'attente.

« Tout est facile, vraiment les internes ils étaient motivés, ils étaient contents d'avoir presque du temps parce qu'ils prenaient le rythme qu'ils voulaient ils n'avaient pas à gérer le flux de patient. Donc c'était leur petite matinée à eux donc j'ai l'impression qu'ils ont vécu ça bien. » (M8)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Interne maître de l'outil »).

D. Aspect pédagogique

1. Multiples apports pédagogiques

a) Apport d'objectivité de la SODEV

La SODEV a permis de supprimer la distorsion des faits rapportés par le MSU ou l'interne.

« Donc en supervision directe on peut se dire bah voilà à tel moment de consultation tu as fait ça et en fait quand on regarde le film non ce n'était pas exactement ça. (...) ça limite cette phase d'intégration des éléments et de reformulation avec une possibilité de distorsion de modification de la réalité factuelle. » (M7)

« Ou quand l'étudiant aussi donne de l'information au patient, et ça fait appel à la mémoire et on peut avoir des mémoires différentes, même si moi j'ai noté, lui il a vécu la situation et si je lui dis quelque chose il peut avoir un autre souvenir. » (M8)

La supervision était précise car n'était plus basée sur un souvenir.

« (...) là il est face à une situation qu'il a vécue, mais là il voit, ce n'est pas la situation qu'il se remémore. C'est la situation qu'il a vécue mais qu'il voit, et ça c'est révolutionnaire car on est dans une logique où la réflexion elle est beaucoup plus poussée que dans le souvenir. » (M4)

« Pour le coup c'est frais parce que la consultation on la voit, donc on a moins de déperdition d'information que si par exemple on redébrief à 5 heure du soir une consultation de 8 heure du matin. » (M6)

L'image est la même pour l'interne et le MSU.

« Et là la vidéo ça nous oppose une image, après on peut ne pas avoir le même avis sur ce qu'on voit. Mais en tout cas on voit la même chose, ça c'est intéressant et c'est là où il y a le vrai plus dans ce que moi j'ai ressenti dans ma petite expérience de la SODEV, le vrai plus c'est ça, c'est de pouvoir faire pause, et de dire voilà qu'est-ce que tu vois, moi je vois ça, toi tu vois quoi ? » (M8)

L'interne voyait en situation les faits.

« Qui permet d'avoir un regard objectif, enfin de permettre à l'interne d'avoir un regard un peu plus objectif sur ce qu'il fait. » (M7)

« Le côté concret, il y a pas de ... tu as la preuve par l'image de ce tu as fait, c'est devant toi. » (M1)

La vidéo objectivait les interactions de l'interne avec le patient.

« C'est un plus pour moi très important en termes d'acquisition pédagogique, on se voit, en situation de soin et comment on interagit avec le patient. » (M7)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Apport pédagogique »).

b) L'objectivité de la méthode validait pour le MSU l'aptitude à l'autonomie de l'interne

Un des MSU a évoqué la difficulté pour savoir quand laisser l'interne en autonomie. La SODEV pouvait être une aide (Figure 1 : Modélisation, partie « Apport pédagogique »).

« Le fait que la SODEV permet de conforter le superviseur, et maître de stage du bien-fondé de la mise en autonomie de l'interne. Lorsqu'on forme les maîtres de stage, c'est la première question qu'ils posent, quand est-ce que je mets mon interne en supervision indirecte ? » (M4)

« C'est une réassurance pour le maître de stage, qu'il a bien que la mise en autonomie est pertinente puisqu'il y a une restitution des consultations qui est conforme à ce qu'il se passe réellement. » (M4)

c) Cibler des thèmes d'apprentissages

« Tu ne peux pas débriefer sur tout, alors après au début moi quand je suis avec les SASPAS, on débrief un petit peu en général sur la pharmacopée, comment est-ce qu'ils font, les interactions, comment bien relire une ordonnance avec le patient, pas se planter etc ... donc on fait un peu du général donc on fait un peu de tout. Après moi je choisis des plots, à ce niveau-là la SODEV c'est top. » (M2)

« Ça donne lieu à une véritable tâche d'apprentissage quoi. » (M2)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Apport pédagogique »).

d) La SODEV améliore les compétences du superviseur

« Du coup ça j'ai trouvé ça plutôt intéressant car ça nous forme nous en tant que superviseur à vraiment avoir un rôle de superviseur et à pas vouloir intervenir dans la consultation. » (M3)

« C'est un élément pour moi qui est formidable dans la progression des compétences des superviseurs. Parce qu'ils vont être contraints de ne plus dire pourquoi je ne comprends pas il n'apprend pas cet interne, il a des problèmes d'apprentissage. » (M4)

e) Multiples compétences abordables

Plusieurs MSU considéraient que de nombreux champs d'une consultation étaient analysables avec la SODEV.

« Après c'est un outil qui est en fonction des circonstances, tout peut être évalué. » (M7)

Les MSU étaient unanimes quant à la pertinence de la SODEV sur le travail de la communication verbale et non verbale.

« C'est dans le domaine de la communication, dans le domaine de la communication, je pense que c'était le plus intéressant. » (M8)

« Moi c'est plus sur le langage non verbal où c'est intéressant. » (M6)

D'autres champs de la communication furent analysés tels que la relation médecin-patient, travailler sur l'exploration des émotions, attentes et demandes du patient, sur la délivrance de l'information au patient donné par l'interne.

« Par exemple pour les étudiants de niveau un la difficulté c'est donner de l'information au patient, de qualité, en quantité souvent pas trop importante, vérifier qu'ils ont compris les patients, faire éventuellement un feedback, et ça je peux choisir de superviser ça en SODEV, c'est particulièrement adapté. » (M8)

Le travail sur les ressentis et émotions de l'interne était rarement abordable avec les supervisions classiques mais facilité par la SODEV.

« Il y a un échange sur la vraie vie sur nos ressentis, sur nos émotions. Cette SODEV permet justement de pouvoir aborder ces éléments-là qu'on n'aborde pas forcément. » (M4)

« C'est-à-dire que sur la confiance en elle on a pu retravailler avec ça justement grâce à la SODEV. » (M6)

« Et que tout ce qui les met mal à l'aise au contraire c'est ça qu'il faut qu'on travaille. » (M6)

Un MSU a abordé que même s'il y a un refus d'utiliser la SODEV, que ce refus serait source d'un travail pédagogique.

« C'est déjà un truc à travailler, qu'est-ce qui fait qu'il voudrait pas être filmé dans une consultation ? » (M6)

Plusieurs MSU ont travaillé sur la structuration et la conduite d'un entretien.

« Que ce soit sur l'entrevue médicale et la structuration, ce qui était notre axe dans cette rétroaction. » (M7)

« Parce que je me disais tiens elle a oublié de dire ça elle a oublié de faire ci ça et en fait elle y revenait plus tard dans la consultation et c'était assez juste. » (M3)

Plusieurs MSU ont évoqué le nombre pas assez important de SODEV et leur manque d'expérience de la SODEV pour pouvoir juger de l'évolution des internes.

« Après sur leur développement je pense qu'une SODEV, en une rétroaction ce n'est largement pas suffisant. » (M8)

« Donc moi je n'ai pas trouvé de différence entre les deux. » (M3)

Deux MSU ont pu percevoir un changement certain et fixé du comportement de leurs internes et une application des remarques, augmentant avec le nombre de SODEV.

« Il a immédiatement changé des choses qu'il faisait en entretien sur les patients d'après. » (M1)

« Et c'est fixé, ça reste, c'est quelque chose qu'il applique maintenant. » (M1)

« Puis on a vu que ça changeait dans l'évolution, dans les trois SODEV, c'est ça qui est génial. » (M2)

Les MSU ne voyaient que peu d'intérêt cependant d'analyser le biomédical avec la SODEV.

« Parce que la SODEV ce n'est pas très intéressant pour regarder le biomédical, ça n'a pas d'intérêt plus que ça en fait, il n'y a pas de plus-value. » (M8)

2. Une méthode supérieure aux supervisions classiques ?

Beaucoup de MSU ont comparé la SODEV aux supervisions classiques indirectes et directes et ont trouvé l'outil supérieur en plusieurs points.

« Donc c'est pour ça que pour moi la SODEV elle transcende tous les outils, parce que c'est l'outil suprême. » (M4)

Un meilleur vécu des internes potentiel. Vécu parfois difficile du fait de la présence du MSU en supervision directe.

« Elle m'avait dit que du coup c'était mieux que quand j'étais à côté d'elle. » (M6)

« En direct moi il me semble que c'est un peu limitant pour eux, peut être infantilisant même si on ne le décrit pas comme ça » (M6)

« Probablement que la caméra elle m'a semblé moins intrusive et moins perturber la consultation que la présence d'un maître de stage. » (M8)

La SODEV permettait d'avoir un temps dédié à la pédagogie.

« La salle d'attente ne nous attend pas donc c'est vraiment un temps dédié à la pédagogie, et ça c'est assez rare enfin en tout cas moi dans ma façon où je fais de la maîtrise de stage ... » (M8)

La SODEV était considérée comme un outil plus riche pédagogiquement que les autres supervisions pour plusieurs MSU.

« Donc on peut effectivement faire un travail beaucoup plus précis et exhaustif avec ce matériel-là. » (M7)

Un des MSU éprouvait des difficultés avec la supervision indirecte, et son interne était mal à l'aise avec sa présence en supervision directe. La SODEV représentait un bon compromis entre supervision directe et indirecte pour ce MSU.

« Mais moi pour moi c'est vraiment un atout peut être pour eux par rapport à la supervision directe et pour moi en supervision indirecte. Je m'y retrouve plus en vidéo pour le coup. » (M6)

Pour plusieurs MSU faire pause grâce à la vidéo est intéressant car permet de ne pas interrompre une consultation comme cela peut se passer en supervision directe parfois.

« Moi d'un point de vue du formateur j'ai trouvé ça intéressant parce que je ne trouve pas ça évident la supervision directe, dans le sens où j'ai du mal à me taire et ce n'est pas terrible ... » (M3)

« Donc au moins là le fait de le faire comme ça, ça permet de prendre des notes et de faire les réflexions à la fin et d'entendre surtout l'intégralité de la consultation et ne pas faire des interventions inopportunes. » (M3)

« Sauf que parfois en supervision directe il est hors de question que j'interrompe la consultation pour dire regarde comment tu as posé la question ? » (M8)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Apport pédagogique »).

3. Comment obtenir l'efficacité pédagogique ?

Tout en maintenant cette position en retrait décrite précédemment, certains MSU proposaient ou envisageaient des scénarios alternatifs de consultation. Ils invitaient les internes à s'interroger dessus.

« J'essaie d'inviter l'étudiant, enfin pour ma part en tant que superviseur à revoir les choses, à envisager des scénarii différents. Tu as dit ça ? Qu'est-ce qui se serait passé si tu avais dit autre chose. Voilà c'est un peu là-dessus qu'on travaille. » (M5)

« On va discuter des solutions qu'elle aurait pu avoir différentes ou pas. » (M6)

Plusieurs MSU préconisaient de définir des objectifs précis pédagogiques, de compétences à développer ou à travailler, avant le début la séance de SODEV de préférence.

Ces objectifs devaient être définis en commun et répondre aux attentes de l'interne et/ou au travail proposé par le MSU et accepté par l'étudiant. (Figure 1 : Modélisation, partie « Efficacité pédagogique »).

« D'avoir cette étape avant la consultation de dire que cette SODEV elle permettra en fonction de l'exploration des besoins et des attentes de l'interne de dire voilà, ton attente c'est de vérifier ta communication non verbale, on va s'intéresser à ça. Ton attente c'est la structuration de l'entrevue, on va s'intéresser à la structuration de l'entrevue. » (M7)

Un des MSU proposait de sélectionner le patient et/ou le motif de consultation en fonction des objectifs pédagogiques définis au préalable.

« Je pense qu'il faut être pertinent dans le choix de la consultation. Il faut pour être efficace, définir les besoins de formations et à partir des besoins de formations, de choisir le bon patient qui corresponde au besoin de formation. » (M4)

Un des MSU a évoqué son projet d'effectuer un nombre plus important de rétroaction mais plus courte et ciblée précisément sur un thème pédagogique.

« Moi l'idée dans mes SODEV c'est probablement d'en faire plus mais sur des debriefs très courts, c'est-à-dire par exemple je dis n'importe quoi : faire une SODEV "mot positif" ou "littérature en santé ". » (M2)

Plusieurs des MSU ont pris des notes pendant les rétroactions, un des MSU incitait l'interne à en prendre également. Ces notes étaient remises à l'interne après les SODEV pour qu'il y ait une trace écrite des compétences travaillées. Revenir ensuite sur ces notes a permis de définir des thématiques d'apprentissages ou d'améliorations futures. (Figure 1 : Modélisation, partie « Efficience pédagogique »).

« Moi je faisais à la main, et après je me suis posé et je lui ai redonné. Cela faisait des tâches d'apprentissages, il pouvait en tirer des résultats. » (M2)

« Parce que si tu veux, l'apprentissage avec l'interne que je fais grâce à la SODEV, je compte m'en resservir pour les futures SODEV c'est-à-dire ce que je note là il y a des éléments qui vont me permettre moi peut être de faire une maquette de thème sur laquelle je peux travailler. » (M2)

Cette trace d'apprentissage, en plus du fait de pouvoir être revue par l'interne pour son travail personnel, pourrait être utilisée comme moyen d'évaluation de la progression de l'interne et même contribuer à l'évaluation de milieu et de fin de stage.

« On note les éléments d'améliorations, les éléments encore à améliorer, on évalue les attentes, les besoins et on fait ça en fin de stage vers le cinquième mois. » (M7)

Ces notes pouvaient s'inscrire dans un résumé que l'interne établirait de son expérience SODEV et de ses apprentissages intégrables à son portfolio.

« Faire l'objet d'une trace écrite de la part de l'étudiant qui pourrait être intégrée au portfolio. » (M8)

L'analyse du profil de l'interne a paru essentielle à de nombreux MSU et de s'adapter à ce dernier. (Figure 1 : Modélisation, partie « Efficience pédagogique »).

« C'est plus au maître de stage de s'adapter. » (M1)

C'est-à-dire de prendre en compte son niveau d'internat (SASPAS ou SN1), ses compétences relationnelles, son profil extraverti ou introverti, son rapport à l'image.

Un des MSU a noté que cette analyse précise était complexe, en particulier en début de stage.

« Que le formateur, le pédagogue, sache quelle compétence a besoin d'acquérir l'interne et s'il est capable de l'acquérir et de la recevoir de telle manière. » (M1)

« C'est quelque chose de très complexe. » (M1)

L'outil ne devait par exemple pas être centré exclusivement sur la communication avec les SN1, car l'étude de cette compétence ne répondra pas entièrement aux attentes et besoins de l'interne.

« Un étudiant de ... novice va être beaucoup dans le biomédical, il ne va pas être dans l'analyse du ressenti patient, dans l'attente du retour. » (M5)

« Donc je ne vais pas avoir le même niveau et voilà ... si jamais on est en niveau un par exemple, on est vraiment sur du biomédical. » (M5)

Cette adaptation fut illustrée dans la mise en place de l’outil dans ce travail de recherche par la différence d’utilisation entre SN1 et SASPAS. Les SASPAS acceptaient globalement mieux la SODEV. Ils seraient plus enclins à saisir son potentiel complet et ainsi plus réceptif pédagogiquement.

« Je pense que si, je n’ai pas fait de statistique, à la réflexion je crois que oui, les SASPAS acceptent plus facilement et réalisent les SODEV plus facilement que les niveaux un. » (M5)

Un des MSU trouvait l’outil un peu précoce et trop perfectionné pour les SN1 en particulier s’il est couplé à la grille d’évaluation du CNGE.

« Pas adaptée ou trop forte pour l’instant, ce n’est pas nécessaire d’arriver à quelque chose d’aussi performant ... d’aussi perfectionné. » (M1)

E. Organisation des SODEV

1. Planification des SODEV

Certains des MSU n’avaient pas programmé la SODEV un jour précis et ont décidé d’utiliser la SODEV simplement quand l’occasion s’y prêtait.

« Donc là aussi c’était pas programmé ce n’était un visionnage qui n’a pas été programmé. » (M4)

D’autres ont cependant programmé les séances, avec parfois une demi-journée dédiée à la SODEV.

« Le premier on s’était fixé un jour avec l’interne on s’est dit voilà jeudi on va commencer la SODEV. » (M9)

Quelques MSU ont enregistré plusieurs consultations d'affilée :

D'autres ont analysé plusieurs consultations avec une rétroaction pour chacune d'elle.

« Donc on a analysé après la première et analysé après la seconde. » (M3)

Un des MSU avec son interne ont enregistrés cinq consultations sur une demi-journée programmée, et l'interne choisissait la ou lesquelles il voulait analyser.

« Et après on sélectionnait dans leur enregistrement de la matinée les situations qu'ils voulaient débriefer. » (M8)

La programmation des SODEV parut capitale pour plusieurs MSU. La programmation obligeait en quelque sorte à réaliser la SODEV et limitait les contraintes de temps. (Figure 1 : Modélisation, partie « Organisation des SODEV »).

« Je pense que pour être efficace, pour qu'on mette en œuvre, on la planifie, tel jour, tel mois on fait et c'est noté dans le planning : SODEV. » (M4)

Un des MSU proposait de bloquer des consultations pour pouvoir réaliser la SODEV et donc avoir le temps nécessaire pour effectuer la rétroaction.

« Oui ou de le prévoir en fait, sachant qu'il faut un temps derrière et tout et donc de se caler dans les consultations et peut être bloquer des consultations derrière pour être sûr d'avoir du temps. » (M3)

La fréquence proposée d'utilisation par la majorité des MSU était d'une SODEV tous les deux mois, donc un nombre moyen de trois, à débiter au bout d'un ou deux mois de stage. (Figure 1 : Modélisation, partie « Organisation des SODEV »).

Un des MSU pensait qu'il ne fallait pas en faire une utilisation intensive, qu'un usage trop régulier aurait pu galvauder l'outil. (Figure 1 : Modélisation, partie « Ne pas galvauder l'outil »).

« Donc c'est pas un examen, c'est pas un outil qui a besoin d'être ... qui n'a pas vocation à être multiplié je ne crois pas. Il ne faut pas le galvauder. » (M5)

« Je pense que s'il en fait deux avec moi c'est un maximum. C'est pas la peine d'en faire plus. » (M5)

2. Des grilles d'évaluations peu utilisées

Quelques MSU ont utilisé la grille du CNGE, un des MSU a utilisé la grille de Calgary-Cambridge qu'il utilisait déjà avant. Ce MSU n'a pas utilisé la grille du CNGE par omission de sa présence dans le protocole.

Quand la grille du CNGE était utilisée, les MSU ont choisi de travailler soit item par item,

« En regardant item par item, en disant là tu n'as pas satisfait les critères. Et sur la consultation suivante, on va travailler juste sur un item et je veux que tu le fasses. » (M1)

soit comme une trame à la rétroaction.

« Moi je pense que ça m'a plus servi de support sur certains trucs pour pouvoir en discuter avec elle. » (M3).

« Vraiment c'est un guide. » (M7)

L'absence d'utilisation de la grille était justifiée par ses nombreux inconvénients. De ce fait ils n'en voyaient pas d'utilité majeure.

« Cette grille, ça n'apporte pas beaucoup. » (M1)

Les MSU la trouvaient trop vaste, trop exhaustive,

« Elles ne sont pas assez visibles en un coup d'œil, elles sont trop grandes » (M8)

« Enfin il y a trop de trucs. » (M3)

« Faut dire que c'est pas très concis quatre pages. » (M3)

trop théorique,

« Je pense que ce serait trop scolaire, trop rigide. » (M5)

trop complexe, difficilement intégrable par les internes. Certains MSU n'ont pas toujours saisi comment elle devait se lire, se compléter.

« Moi je pense que ça rebute les étudiants que c'est compliqué de remplir ces items. » (M8)

« D'ailleurs en tant qu'évaluateur des fois je m'amuse à le faire mais c'est pas facile de savoir où il faut mettre la croix et déjà comprendre l'item. » (M8)

« J'avoue en plus quand j'ai commencé à la lire, parce que je comprenais par trop à quoi correspondait lesça correspond pas à grand-chose ... » (M3)

Trop chronophage.

« C'est toujours pareil, c'est comme les échelles, on dit trop d'échelles tue l'échelle (rire). Une grille faut laisser de la souplesse aussi, ce n'est pas à toi que je vais apprendre ça, mais on a des problématiques de temps, le débrief, faut aller droit au but. » (M2)

La grille n'intégrait pas assez la part subjective de l'interne et ne correspondait pas à la situation précise vécue.

« Ça perdrait de son intérêt, je préfère être dans le ici et maintenant. Dans le ressenti, dans l'immédiat. » (M5)

« Par exemple, dire l'approche centrée patient, la relation d'aide ou l'écoute active ou l'empathie je sais que quand j'étais étudiant je trouvais ça un peu creux, et finalement je préférerais voir ça en action. » (M8)

Cependant ceux qui l'ont utilisé ont trouvé que cela permettait de structurer la supervision

« Donc ça permet de recadrer ... de structurer la supervision. » (M7)

« Et plus facile aussi pour échanger avec l'interne, donc donner une base. » (M9)

Elle aurait pu permettre de voir l'évolution de l'interne au cours du semestre.

« Donc d'avoir une grille effectivement qui permet de faire le point et de voir les choses qui ont évoluées et comment elles ont évolué. » (M7)

L'utilisation de la grille dès les premières SODEV n'était pas adaptée. Un certain temps de maturation, d'appropriation de l'outil était essentiel avant son utilisation. (Figure 1 : Modélisation, partie « Organisation des SODEV ») .

« Je trouvais prématuré d'aller directement dans l'analyse de l'entretien, il fallait qu'elle prenne connaissance d'abord. » (M4)

Un des MSU proposait de créer une grille simplifiée, moins lourde, en particulier pour les niveaux un, car la grille proposée apparaissait trop perfectionnée pour ces derniers. (Figure 1 : Modélisation, partie « Organisation des SODEV ») .

« Alors un élément possible c'est de partir sur des grilles simplifiées peut-être notamment sur le niveau un. Donc avec beaucoup moins d'item. » (M7)

F. Freins et difficultés rencontrées

1. Quelques contraintes techniques et difficultés

La totalité des MSU a considéré les enregistrements en termes de son et d'image de très bonne qualité.

« Les caméras sont tops. » (M2)

« Alors ce qui est extraordinaire c'est l'angle car la caméra est très proche des personnages, des personnes mais on voit totalement bien. » (M4)

La caméra était discrète, à condition de dissimuler le voyant rouge pour certains MSU.

« Alors le petit voyant rouge, on l'avait occulté avec un scotch, pour que ça fasse moins Orwellien. » (M8)

« Finalement elle est très discrète, avec notre environnement ultra électronique avec l'ordinateur dans la salle de consultation. » (M8)

Quelques MSU ont rencontré des problèmes techniques entravant leur expérience SODEV avec parfois l'impossibilité d'analyser la vidéo. La plupart de ces problèmes étaient liés à un défaut de matériel adapté, ou à l'inexpérience en informatique de ces MSU. (Figure 1 : Modélisation, partie « Freins »).

« En fait j'avais pas le câble, j'arrivais pas à le lire avec le câble directement sur l'ordinateur, du coup j'avais pas de lecteur de câble SD sur mon ordinateur à ce moment-là donc j'ai pas réussi à lire les fichiers en fait. » (M8)

La contrainte principale technique rapportée par quasiment tous les MSU fut l'autonomie très faible des piles.

« Les piles tiennent trois secondes, il a fallu changer plein de fois les piles. » (M1)

Ces difficultés techniques furent cependant résolues assez facilement après plusieurs utilisations de l'outil.

Quelques MSU ont eu des difficultés à mettre en place la SODEV en lien avec l'organisation de leur cabinet.

« Donc au début c'était un peu difficile parce que je n'ai pas de bureau vide à utiliser avec un interne pour pouvoir travailler en parallèle. » (M9)

« Après moi vu ma pratique ça me paraît vraiment difficile d'en faire beaucoup. Je ne peux pas en faire une fois par semaine. Même une fois par mois vu ma pratique, vu mes horaires, ce n'est pas ma pratique en fait. » (M8)

Ou encore des difficultés pour obtenir les caméras.

« C'est vrai que pour avoir la caméra ça a été un peu laborieux au début. » (M9)

Le principal frein évoqué et rencontré par les MSU fut le temps à consacrer à l'outil pouvant même contraindre les MSU à ne pas l'utiliser. (Figure 1 : Modélisation, partie « Freins »).

« Il y a peut-être des profils de maître de stage qui ne vont pas l'utiliser car c'est trop long trop contraignant. » (M4)

« Après les contraintes de temps faisait qu'on ne pouvait pas aller en détail sur toute la consultation. » (M7)

Le sentiment d'illégitimité et la non-pertinence du MSU à évaluer certains aspects pédagogiques comme la communication en santé étaient parfois présents. . (Figure 1 : Modélisation, partie « Freins »).

« Je dois dire qu'à ce moment-là j'étais pas ... comment dire ... je ne savais pas comment réellement analyser cette consultation. » (M4)

« Donc c'est là où je me suis dit tu n'es pas près techniquement à être pertinent sur la supervision. » (M4)

« Et la SODEV nous met face à nos propres limites, nous en tant que maître de stage. » (M8)

Un MSU s'est questionné sur son rôle de superviseur dans la gestion et la pédagogie d'un rapport à l'image difficile de l'interne.

« Et après c'est aussi de travailler ma question de superviseur, ça m'a questionné. » (M6)

Proposer et utiliser la SODEV avec des profils timides ou en difficulté avec la supervision paraissait difficile pour un des MSU. Pour réussir à la mettre en œuvre avec ses profils il devrait d'abord avoir une certaine expérience et maîtrise de l'outil. Sans cette maîtrise ces profils-là pourraient vivre plus difficilement l'expérience.

« Je pense qu'en l'état je ne le proposerai pas parce que je ne maîtrise pas assez la supervision et ce que ça peut impliquer comme dévoilement de soi notamment de la part de l'étudiant, comme intrusion, le fait que la supervision peut être éventuellement vécue comme plus douloureuse. » (M8)

2. Protocole parfois non respecté

Le protocole a été globalement bien compris par les MSU et les internes, mais pas strictement respecté. (Figure 1 : Modélisation, partie « Freins ») .

« Mais là sur ce qu'on a utilisé je ne l'ai pas trouvé compliqué, les internes non plus à priori ne l'ont pas trouvé compliqué non plus. Non je n'aurai rien à changer. » (M6)

Le nombre de SODEV proposé dans le protocole était de trois à essayer de répartir sur le semestre. Il n'a pas été atteint en moyenne. À noter qu'il y avait un plus grand nombre d'utilisations parmi les SASPAS que parmi les SN1. La grande majorité des SODEV a été réalisée sur les deux derniers mois du semestre.

Deux des MSU ont été présents pendant la consultation, l'un parce qu'il n'avait pas d'autre salle au moment des SODEV, l'autre par la mauvaise compréhension du protocole présenté.

« Ok, le niveau un était seule (...) et le SASPAS il a dû être seul mais pas systématiquement. J'avais pas compris la consigne. » (M1)

Un des MSU a décidé d'obtenir le consentement du patient et de l'interne seulement après la consultation et donc de ne pas dire que la consultation était filmée.

« J'ai lancé la caméra sans en parler à l'interne ni au patient. » (M1)

Ce choix fut justifié par le fait de pouvoir obtenir une consultation la plus spontanée possible de la part du patient et de l'interne.

« Pour avoir une certaine spontanéité, pour qu'elle ne soit pas surprise. » (M1)

Plusieurs MSU ont eu des difficultés à pratiquer la rétroaction le jour même, la vidéo a donc parfois été conservée et non analysée le jour même. (Figure 1 : Modélisation, partie « Freins ») .

« Non absolument pas, j'ai débriefé longtemps après pour l'interne en SASPAS je crois que j'ai débriefé une semaine à dix jours après. » (M4)

Tous les MSU ont évoqué la difficulté à respecter le délai pour superviser.

« C'est que le fait de ne pas pouvoir normalement faire une supervision le lendemain, pour moi c'est assez bloquant. Dans ma pratique ça serait beaucoup plus simple si je pouvais faire le lendemain. » (M8)

G. Une formation et information spécifique nécessaire

1. Comment effectuer cette formation ?

Une formation des MSU spécifique à la SODEV semblait nécessaire.

« Je pense qu'il faut des personnes excessivement formées. » (M1)

Une formation préviendrait des dangers potentiels d'une SODEV mal utilisée.

« C'est très violent comme technique d'apprentissage si c'est mal fait. » (M1)

« Je crains, si ça devait être diffusé que ça soit utilisé par des personnes qui ne soient pas formées. » (M1)

La présentation des modalités d'utilisations techniques de l'outil, la présentation de son protocole, de l'utilisation des grilles relèveraient plus d'une information que d'une formation pour les internes. Ils pourraient par la suite présenter et proposer l'outil à leur MSU.

« Donc oui l'information des étudiants me parait importante et intéressante pour qu'ils amènent le sujet avec leur maître de stage. » (M8)

Cette formation permettrait d'aborder avec les MSU comment proposer la SODEV aux internes, quels en sont les objectifs et apprendre à analyser une vidéo.

L'analyse d'une vidéo était une compétence spécifique et probablement nouvelle pour de nombreux MSU, nécessitant donc une formation.

« Mais ça veut dire que derrière on augmente, on doit augmenter le niveau des compétences des superviseurs, parce qu'analyser une situation visuellement il faut être formé à ça. » (M4)

Plusieurs moyens d'effectuer cette formation ont été proposés, à effectuer à l'université dans le cadre du programme des enseignements dispensés par le DUMG de La Réunion. Les MSU proposaient d'effectuer des jeux de rôle soit entre MSU, soit entre MSU et interne, ou alors entre MSU et superviseurs formés spécifiquement à la supervision vidéo.

« Ils arriveraient avec une consultation filmée d'eux-mêmes et ils seraient supervisés par un formateur expert et ça ce serait très instructif et pour sa pratique et pour l'outil et pour se rendre compte de ce que vit l'étudiant. » (M8)

Un des MSU proposait des réunions de partages d'expérience entre MSU en guise de formation.

« Qu'il va falloir faire des réunions de partage d'expérience et ça ça va nous faire beaucoup progresser. » (M4)

Un tutoriel vidéo présentant la technique dans son ensemble a été proposé par un des MSU.

« Peut être intéressant d'avoir soit une formation en présentiel soit une vidéo ou tutoriel vidéo. » (M7)

(Figure 1 : Modélisation, partie « Formation et information spécifique MSU et interne»).

2. Une sensibilisation des MSU nécessaire mais difficile

Certains MSU ont évoqué les difficultés à enseigner les compétences à acquérir pour enseigner la SODEV : compétence d'analyse pédagogique et les compétences relationnelles. Pas impossible d'après eux mais complexe à mettre en place. Une formation des MSU spécifique à la SODEV semblait nécessaire. (Figure 1 : Modélisation, partie « Sensibilisation des MSU nécessaire mais difficile»).

« Mais je pense quand même qu'il faut accompagner les superviseurs à l'analyse pédagogique de l'interne et pas à l'analyse médicale de ce qu'il fait. » (M3)

Un des MSU jugeait comme essentielles les compétences relationnelles pour un échange et une supervision juste et bien vécue par l'interne. Il considérait que ce niveau de compétence était hétérogène parmi les MSU et difficile à enseigner. (Figure 1 : Modélisation, partie « Sensibilisation des MSU nécessaire mais difficile»).

« Est-ce que ça peut s'enseigner ? Je pense que c'est fondamental, il faut vraiment être dans le vécu, il faut réellement être dans ce qu'il se passe, dans cette inter relation, et ça je crois que si le superviseur n'a pas cette sensibilité naturelle, je ne sais pas si elle peut s'acquérir. » (M5)

3. Vers une généralisation de la SODEV ?

Les MSU étaient globalement favorables à une diffusion de la technique à plus grande échelle. (Figure 1 : Modélisation, partie « Généralisation de l'outil»). L'outil a été relativement bien accepté par les internes de cette étude.

Les MSU ne voyaient que peu de raisons de ne pas le généraliser. Certains encourageaient le DUMG à aller dans ce sens parce que plus la technique serait courante d'utilisation mieux elle sera acceptée par les internes.

« À mon avis c'est le mieux pour tout le monde, que ce soit pour les internes comme les superviseurs, que ça se développe à grande échelle je trouve que c'est plutôt pas mal. » (M3)

Certains MSU étaient pessimistes à l'idée de trop la diffuser. Un des MSU interrogé pensait que de nombreux MSU ne s'estimeront pas assez compétents, pas assez pédagogues et légitimes pour donner une expertise avec cet outil. Il serait difficile de sensibiliser tous les MSU.

« Paris ne s'est pas fait en un jour, donc c'est pareil sur la filière médecine générale. Là on demande à des maîtres de stage, la plupart des maîtres de stage ils n'ont jamais eu un cursus avec des portfolios, avec des RSCA, une attitude réflexive, voire il y en a certains ils n'ont même pas fait d'internat.. Donc c'est aller vite en besogne. » (M8)

« Pour le maître de stage qui a moins la casquette de pédagogue, ça ne lui parle pas, à mon avis ça ne lui parle pas du tout du tout » (M8)

Essayer de généraliser un outil aussi innovant et potentiellement complexe à maîtriser en termes de pédagogie paraissait trop ambitieux. S'il devait être diffusé il faudrait le faire progressivement

« C'est illusoire de vouloir mettre d'emblée, intégrer un outil aussi innovant. » (M8)

Un des MSU insistait notamment sur la formation nécessaire des MSU pour le généraliser.

« J'irai très très prudemment, à pas de loup parce que je pense qu'il faut des personnes excessivement formées. » (M1)

Il pourrait être difficile de réussir à harmoniser les pratiques. (Figure 1 : Modélisation, partie « Sensibilisation des MSU nécessaire mais difficile»). L'instauration de groupes de partage d'enseignants par le DUMG a été proposé par un des MSU. (Figure 1 : Modélisation, partie « Formation et information spécifique MSU et interne»).

« Parce que je suis persuadé qu'on va avoir du mal à harmoniser finalement les utilisations. » (M4)

« Donc il faut qu'il y ait des échanges, probablement des échanges entre ceux qui ont déjà fait, ceux qui n'ont pas encore fait. » (M5)

Il faudrait réussir d'après plusieurs MSU à ce que l'outil soit moins rigide, afin de ne pas bloquer les MSU et les internes dans son utilisation.

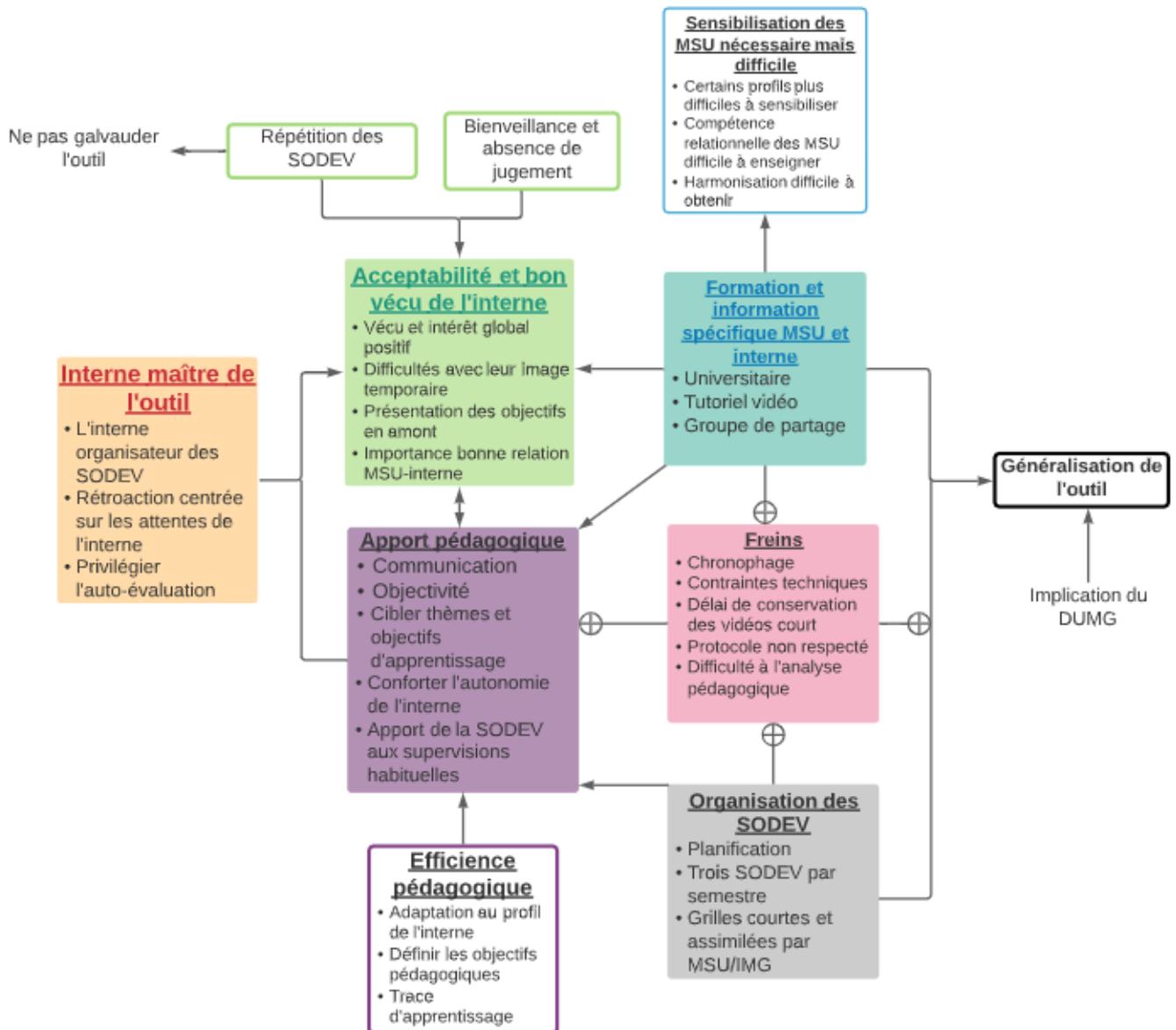
« Rendre le dispositif le plus simple possible pour que ça ne soit pas senti comme difficile ni par l'étudiant ni par le maître de stage. Donc la disponibilité du matériel, faire un cadre de consentement léger pour éviter trop de lourdeurs. » (M8)

Certains MSU ont estimé que le DUMG devait être l'instigateur et l'organisateur de ces formations sur le plan universitaire. Il devrait informer les internes de ses modalités et de son existence afin que ce soit également les internes qui amènent et présentent l'outil à leur MSU : (Figure 1 : Modélisation, partie « Implication du DUMG»).

« Peut-être que si les internes arrivent en sachant exactement comment cela doit se dérouler comment ça se passe qu'ils savent le mettre en place sans perdre de temps pratique, ça peut être déjà être un plus ... » (M3)

H. Modélisation

Figure 1 : Modélisation



IV. Discussion

A. Des principaux résultats

1. Un taux de participation et de satisfaction élevé

Tous les internes ont accepté de participer à l'étude. Ce résultat est comparable aux données récentes sur la SODEV en France (31).

Les trois MSU ayant initialement accepté de participer à l'étude mais qui n'ont pas débuté les SODEV ont évoqué des problèmes organisationnels ainsi qu'une motivation faible perçue des internes. Ces MSU n'ont pas été inclus dans les entretiens, il aurait pu être intéressant de les interroger pour explorer les raisons de ces défauts de participation.

La participation importante est à nuancer par une difficulté à initier la SODEV. Tous les MSU ont présenté l'outil assez tôt dans le semestre et pour autant les SODEV ne furent réalisées qu'à la fin.

Ce délai peut être expliqué par l'appréhension de devoir se filmer et être confronté à son image par l'interne et la nouveauté d'un outil proposé par le DUMG. L'intérêt de commencer la SODEV assez tôt dans le semestre a été décrit dans la littérature (32).

2. L'appréhension de se voir

Les difficultés de confrontation avec leur image et leur voix ont été largement décrites (33, 35, 38). Elles pouvaient constituer un obstacle à la réalisation de la supervision. Un des internes a pratiquement refusé par anxiété et gêne que son MSU visionne sa consultation. La bienveillance de la supervision, et l'absence de jugement de la personne par le MSU permirent de diminuer cette anxiété.

L'instauration d'un climat de confiance et la réassurance de l'étudiant sont nécessaires à une supervision de qualité. L'absence de jugement de l'interne et une bonne relation interne-MSU réduisent l'anxiété de performance et l'appréhension de se voir (33,38,39,40).

Cayer et *al.* en 2001 (38) ont décrit une anxiété de performance des internes fortement présente avant le visionnage du superviseur. Cette anxiété de performance n'a pas été ressentie par les MSU de notre étude. Le climat autour de la SODEV a pu efficacement rassurer les internes.

3. La répétition des SODEV : un levier aux difficultés

Selon les MSU, les craintes disparaissaient rapidement, parfois pendant la rétroaction après quelques minutes. La gêne de se voir s'atténue en effet avec le temps, en multipliant les visionnages (38,39,41).

La caméra perturbait peu l'interne, influait peu son comportement. Nos résultats corroborent la littérature française sur la SODEV (28,33). La répétition des SODEV permettrait de diminuer cette gêne potentielle (33).

4. L'attitude réflexive est à privilégier

Ramani S. et *al.* (42) proposaient douze stratégies pour une rétroaction efficace à destination des enseignants. L'autoévaluation est une de ses étapes essentielles pour l'étudiant. « *Cette auto-évaluation peut atténuer la perception de dureté et aider à rendre le retour d'information sensible et correctif plus acceptable* ». L'autoévaluation a été le moyen le plus utilisé et préconisé par les MSU au cours de la rétroaction.

Elle permet à l'interne dans un premier temps d'appréhender son image, de prendre conscience de son comportement (25) afin qu'il en dégage lui-même les tâches pédagogiques et voies d'améliorations qu'il estime intéressantes.

Dans les travaux de Martineau B. et *al.* (43), le superviseur doit partir de l'autoévaluation de l'apprenant et ensuite lui donner des pistes d'exploration ou des conseils pour le développement de ses compétences.

L'hétéroévaluation subséquente est plus efficace et moins intrusive. Cette démarche en deux temps permet d'engager l'interne dans une attitude réflexive efficace (43). L'amélioration des compétences communicationnelles serait plus efficace par autoévaluation couplée à l'analyse d'un expert (17).

Dans le protocole de l'expérimentation SODEV du DUMG de La Réunion une autoévaluation par un visionnage préalable seul de l'interne était à proposer mais ne fut que peu pratiquée. Le manque de temps, le profil peu anxieux de certains internes, une SODEV formatrice et non sanctionnante et la bonne relation MSU-interne pourraient expliquer ce résultat.

En France les études sur la SODEV relevaient un bénéfice à l'autoévaluation lors du prévisionnage (29). Cette prévisualisation permet à l'interne d'avoir ce temps d'appropriation de sa prestation permettant une meilleure acceptation des remarques du MSU (29).

5. Cibler des objectifs pédagogiques

La définition des objectifs pédagogiques répondant aux attentes et aux besoins de l'interne a paru essentielle pour les MSU. L'interne peut définir les objectifs de formation lors de la phase d'autoévaluation (29). Suivre des objectifs pédagogiques constitue une aide et une orientation que doit prendre la rétroaction du MSU (33). Ces objectifs doivent être précisés par un accord commun sur les axes de progression et de travail bénéfique pour l'interne (24,39,42).

6. Une préparation et formation en amont s'impose

a) Une formation spécifique nécessaire

Plusieurs MSU ont eu des difficultés à analyser les habiletés communicationnelles de l'interne. Ils avaient l'impression de ne pas avoir les compétences et outils adéquats pour une supervision efficace dans ce domaine. Ces difficultés sont retrouvées dans les études françaises sur la SODEV (28,33). L'inaptitude ressentie des MSU à enseigner la communication, constituerait un frein potentiel à la mise en place des SODEV (33).

La découverte de l'outil a pu cantonner certains MSU à un rôle d'accompagnant plus que d'expert en communication. L'analyse de la communication de l'interne requiert un savoir-faire qui peut être déjà présent chez des maîtres de stage aguerris dans ce domaine (29). D'autres ont besoin d'une formation complémentaire (33) à celle dispensée pour la maîtrise de stage.

La majorité des MSU de notre étude n'avait pas reçu de formation spécifique sur la communication en santé ou sur l'enseignement de la communication. Ils y portaient tous un intérêt appuyé et étaient favorables à un apprentissage spécifique pour rendre la rétroaction plus efficace.

Une information sur les modalités de mise en place et sur les objectifs pédagogiques globaux de la SODEV pour les internes a semblé nécessaire par les MSU. Les internes pourront ainsi être pleinement intégrés dans la mise en place de la SODEV en la présentant à leur MSU.

Dans l'étude de Cayer et *al*, une semaine d'accueil préparatoire était organisée et a permis « *d'exercer un effet facilitant indéniable sur les séances ultérieures* » (38). Une formation à la SODEV, à destination plutôt des MSU, était demandée dans notre étude. Une expérience de formation/information a été menée en France (33). D'une durée de 4 heures, la formation a été jugée utile mais trop courte.

Les modalités de formation sont à définir par les DMG. Plusieurs formats peuvent être envisagés : au sein de la formation SASPAS, par des jeux de rôle, support d'un tutoriel vidéo de présentation, création groupes de pairs...

L'amélioration des compétences pédagogiques du MSU par cette formation pourrait constituer un moteur à l'utilisation de la SODEV et majorer son implication en tant que pédagogue.

b) Pratiquer la SODEV sur les MSU : un soutien pour les internes ?

Utiliser la SODEV sur eux-mêmes par les MSU au cours de la formation ou avec leur interne en stage amène un soutien à ces derniers pour initier la SODEV (32). Selon Letellier, les MSU tirent un bénéfice à se filmer pour leur propre enseignement (32). Ils pourraient mieux identifier les difficultés de l'interne. Ils éprouvent parfois les mêmes appréhensions que l'interne (33). Cette utilisation était proposée dans l'expérimentation SODEV du DUMG de La Réunion mais elle était peu pratiquée. Les internes réclament cette prestation filmée du MSU (33).

Il aurait été intéressant d'explorer pourquoi les MSU ne se sont pas prêtés au jeu de se filmer. Cette utilisation serait particulièrement pertinente chez les internes réticents à initier la SODEV que ce soit par rapport à leurs craintes de se voir ou par rapport à leur manque d'intérêt pour l'outil.

Le recueil de l'opinion des internes sur ce point dans le travail complémentaire de Sarah Paris pourra en préciser l'intérêt.

7. Des freins et difficultés à lever

Le frein principal fut l'aspect chronophage de la SODEV. Cette problématique de temps est retrouvée dans la majorité de la littérature française et internationale (24,28,32,33).

Elle a parfois entraîné la suppression des vidéos sans supervision pour respecter le délai de conservation des vidéos de 24h. Cette difficulté était décrite dans le travail de Chauvin dont le DUMG de La Réunion s'est inspiré pour créer le protocole (34). Dans l'étude de De Jongh, les vidéos étaient conservées parfois pendant plusieurs jours, le consentement des patients était recueilli sans problèmes (29). Une simplification du protocole serait à envisager. Un temps de conservation des données allongé couplé à un consentement des patients et des internes explicites en ces termes devrait être établi.

Un défaut d'organisation en amont a été une des explications à certains échecs de supervisions. La planification des SODEV est un moyen de réduire cette contrainte de temps (29,33,34,43). L'élaboration d'un agenda de rétroaction qui convient à chacun des participants (42) assez tôt dans le semestre pourra gommer cette contrainte de temps. Bloquer des créneaux de consultations en y intégrant à la place un temps de rétroaction adapté a été effectué par plusieurs des MSU de notre étude, en particulier ceux ayant une activité hospitalière. Cette solution ne paraît pas applicable à l'ensemble des cabinets libéraux, ni acceptable par tous les MSU.

Trois SODEV par semestre, préconisées par les MSU, correspondent aux données de la littérature (33). Elle semble raisonnable pour répondre à ces contraintes de temps. Un des MSU a envisagé de faire un plus grand nombre de SODEV avec des rétroactions plus courtes sans visionner l'ensemble de la consultation. Cette solution est évoquée dans l'étude d'Eaton (44) qui propose de cibler la rétroaction répondant aux attentes de l'interne afin de gommer les contraintes de temps inhérentes aux rétroactions vidéo.

Dans notre étude le protocole d'expérimentation SODEV du DUMG de La Réunion n'a pas été respecté de nombreuses fois.

Des problèmes techniques ont pu faire obstacle à des enregistrements de qualité. Dans les travaux menés par le DMG de Poitiers un matériel fixe à demeure et testé à l'avance a permis de réduire fortement les difficultés techniques (29,30,41).

Cette solution ne paraît cependant pas applicable si la SODEV venait à être diffusée dans les cabinets de médecine générale libérale. Il serait préférable d'insister lors de la formation décrite plus haut sur les aspects de mise en place technique.

8. Un apport pédagogique conséquent

a) Sur les compétences en communication principalement

La SODEV permet d'explorer les habiletés relationnelles de l'interne (28,29,32). L'apport de la vidéo accroît les compétences en communication de l'interne avec les patients (22,23,45).

L'objectivité des images permet à l'interne de voir sa communication verbale et non verbale. Les IMG prennent conscience de la progression de leurs compétences au fur et à mesure des SODEV (32). La SODEV renforce leur confiance en eux, notion retrouvée dans l'étude de Chou et *al.* (45).

b) La SODEV plus puissante que les supervisions classiques ?

Plusieurs MSU ont perçu la SODEV comme supérieure en plusieurs points aux supervisions classiques.

Les internes peuvent être plus à l'aise en SODEV qu'en supervision directe (32). Les MSU constatent que certains internes n'ont pas le même comportement en supervision directe que lors du visionnage (28). Les internes timides gèrent mieux leur consultation en SODEV qu'en supervision directe (28).

L'objectivité des faits apportés par la vidéo permet aux MSU d'avoir un aperçu réel du niveau des compétences de l'interne. Cet aspect présente un avantage par rapport à la supervision indirecte classique. Cette objectivité permet aux MSU de conforter le choix de mise en autonomie des internes (46). Dans le travail de thèse de Pailhe, la SODEV a permis aux MSU

de les rassurer sur l'autonomie de leurs internes, ainsi que leurs aptitudes à être médecin généraliste (28).

Une partie des MSU a cependant relevé l'importance de ne pas galvauder l'outil. Selon eux, la SODEV ne pouvait remplacer les autres modalités habituelles de supervision. Si la SODEV éclaire certains angles morts de la supervision, elle ne peut remplacer les autres supervisions.

Dans le travail de De Jongh, les MSU ont relevé l'aspect novateur de la SODEV du fait d'analyser des compétences habituellement non accessibles (29). L'exploration des émotions de l'interne a été possible grâce à la vidéo, favorisée par ce temps pédagogique dédiée à l'interne qu'apporte la SODEV (32).

c) Améliore les compétences du superviseur

La SODEV imposait un investissement en temps et une amélioration des compétences du MSU en tant que superviseur. Les MSU ont décrit l'importance de leur rôle de pédagogue et du potentiel de la SODEV dans leur progression à l'analyse pédagogique. Cet outil supplémentaire permet aux MSU de diversifier leur pratique (29). Cette diversification pourrait constituer un réel moteur à son utilisation.

9. S'adapter au profil de l'interne

Une adaptation au profil et à la personnalité de l'interne est importante pour rendre la SODEV efficiente (34). Le retour d'expérience de MSU et de SN1 et SASPAS conclut à un outil adaptable à tous les niveaux (28,30,32).

Dans certaines études il paraît plus intéressant de travailler sur la communication des internes présentant des difficultés avec les compétences relationnelles (28). Utiliser l'outil vidéo avec ces internes a paru plus difficile pour un des MSU participant. Il conviendrait d'adapter la méthode pédagogique et l'utilisation de la SODEV à l'interne pour la rendre efficace et éviter un vécu difficile des internes. Les craintes ou vécus difficiles de l'interne doivent être anticipés. La SODEV devrait être présentée comme facultative (38).

Cette notion d'adaptation est relevée dans notre étude, certains MSU ont jugé nécessaire une simplification de l'outil pour les SN1, notamment des grilles d'évaluation.

10. Une trace de l'apprentissage à instaurer

Prendre des notes pendant la rétroaction a été jugé nécessaire. Cela permet de garder une trace écrite des apprentissages retenus par l'interne et de voir son évolution. Ces notes peuvent servir de support à l'évaluation de milieu et de fin de stage de l'interne. Une étude propose que les traces écrites soient ajoutées en les résumant dans le portfolio (34).

11. Une grille d'évaluation peu utilisée

C'est le principal résultat de notre étude qui diffère de la littérature nationale et internationale.

La grille du CNGE n'a été que peu utilisée par les MSU et les internes. Elle n'était pas dénuée d'intérêt pour les MSU mais sa mauvaise compréhension, sa complexité et son caractère chronophage ont entravé son utilisation. Ces deux derniers points sont relevés dans la littérature (33).

Les études ont montré une satisfaction de l'utilisation des grilles des MSU et des internes (34). Elles représentent un réel guide pour les MSU. La grille a facilité la rétroaction en la structurant dans la thèse de Dumange, qui interrogeait les internes (30).

Elle fut utilisée dans certaines études uniquement par les internes en autoévaluation (35,41). Une première autoévaluation était faite avant le visionnage de la vidéo puis une deuxième après autoévaluation de la prestation (41). Cet usage n'a pas été proposé dans notre protocole, il aurait pu être intéressant de l'instaurer et de l'explorer.

Kurtz S. et *al* en 1996 insistent sur l'aide que constituaient les grilles pour les apprenants: « *Les guides apportent une aide pratique pour les médecins en formation : un aide-mémoire facilement accessible et un cadre conceptuel global dans lequel organiser les nombreuses compétences* » (4). Une méta analyse sur la rétroaction à l'aide de la vidéo a montré que l'utilisation d'un outil d'évaluation renforçait l'efficacité de la rétroaction (23).

Comment expliquer ce défaut d'utilisation dans notre étude ?

Premièrement, la présentation de la grille du CNGE et de ses modalités par les chercheurs, s'est faite dans le même temps que la présentation de l'outil. Cette présentation brève n'a pas permis d'en expliquer précisément les différents items. Une présentation plus longue et dédiée à la grille pourrait permettre aux MSU d'intégrer son intérêt.

Deuxièmement, fournir la grille du CNGE dans son intégralité a pu décourager les MSU devant le nombre important d'items. Une simplification de cette grille en n'y présentant que les items sur la communication et relation médecin patient pourrait être judicieuse (32).

Troisièmement, la découverte de l'outil et ses multiples aspects à intégrer dès les premières SODEV a pu rendre la rétroaction trop lourde.

D'autres supports que la grille du CNGE pourraient avoir plus de succès auprès des MSU et des internes. Dans les différentes études nationales sur la SODEV c'était la grille de Calgary-Cambridge qui était utilisée (29,30,35), validée dans l'enseignement de la relation médecin patient (4). Une simplification de cette grille est parfois proposée dans la littérature (47).

B. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces

Il s'agit de la première étude portant sur la SODEV au sein du DUMG de La Réunion.

Au vu de nos résultats encourageants et du taux de satisfaction important, les 9 MSU de notre étude pourront promouvoir l'outil auprès de leurs confrères universitaires. Cette thèse peut représenter la première étape d'une instauration pérenne de la SODEV par le DUMG de La Réunion.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, un seul a été réalisé en visio-conférence. Ce caractère présentiel a permis un meilleur échange et ainsi être plus juste quant à l'interprétation des résultats. Les MSU ont été assez exhaustifs dans leur dialogue, le temps moyen d'entretien était assez élevé, un maximum de notions a pu être abordé par les MSU. La tenue du journal de bord après chaque entretien par le chercheur permettait d'en améliorer leur conduite.

La triangulation des données a limité le biais d'interprétation.

2. Faiblesses

Plusieurs biais internes étaient présents.

Les opinions et intérêts positifs du chercheur sur la SODEV ont pu influencer les questions et l'orientation de l'échange. Plusieurs questions ont pu être suggestives involontairement.

La participation des MSU et des internes a pu être influencée par les relances des chercheurs. Ces relances ont permis une utilisation plus importante de l'outil et donc un recueil de données plus puissant mais elles posent la question du taux de participation hors du cadre de la recherche.

Les MSU de cette étude présentaient tous un attrait dans l'enseignement de la communication, et dans la pédagogie de manière générale. Plusieurs appartenaient au DUMG. Ces caractéristiques de la population ont pu constituer un biais de recrutement.

Les deux directeurs de thèse ont été inclus dans l'étude. Deux des MSU étaient d'anciens maîtres de stage du chercheur et un troisième était son tuteur pendant son internat. Ceci a pu constituer un biais de recrutement et d'investigation.

Ce travail de recherche qualitatif fut le premier réalisé par le chercheur. Son manque d'expérience en recherche scientifique en particulier dans le domaine qualitatif a pu induire un biais d'investigation compensé par la formation à la recherche qualitative et la conduite d'entretiens dispensée par les directeurs de thèse.

Un biais de mémorisation était présent. Les MSU ne se souvenaient parfois pas avec précision de toutes les situations vécues. Les situations floues n'ont de ce fait pas été codées pour minimiser ce biais.

Le nombre de SODEV de trois par semestre n'a pas été obtenu en moyenne. La perception de l'évolution de l'interne n'a, de ce fait, pas pu toujours être décrite. Les MSU y voyaient cependant un intérêt certain pour voir son évolution malgré ce manquement.

Un biais d'interprétation était présent du fait du caractère subjectif de l'interprétation des résultats inhérent à la recherche qualitative.

Le point de vue des patients n'a pas été recueilli. Il aurait pu être intéressant d'explorer leur potentiel changement d'attitude ou de comportement lié à la présence de la caméra. Les précédents travaux sur la SODEV ne retiennent pas de difficultés particulières par les patients à être filmés ou à obtenir leur consentement (29,32,33). Les publications internationales sur

l'étude des comportements des patients lors d'une consultation filmée vont dans le sens d'une bonne acceptation et d'une absence de changement d'attitude du patient (48,49).

C. Perspectives de généralisation et d'améliorations de l'outil

Les MSU étaient enthousiastes et favorables à l'idée d'une diffusion de l'outil à un maximum de MSU et d'internes volontaires. Certains MSU émettaient cependant quelques réserves justifiées par la difficulté à sensibiliser tous les MSU.

L'attrait à la pédagogie et les techniques qui s'y rapportent sont les caractéristiques les plus importantes pour une sensibilisation à la SODEV des MSU (33). Sans la motivation et la volonté de diversifier leur pratique pédagogique, la SODEV ne peut être pratiquée efficacement. Une promotion de la SODEV doit être effectuée notamment par la mise en place d'une formation spécifique par le DUMG, à proposer à tous les MSU.

Les MSU ont éprouvé de réelles difficultés à analyser le jour même la vidéo. Lors de la formation spécifique ce problème devra être évoqué et une aide organisationnelle devra être délivrée. Le cadre légal en la matière devra être défini précisément.

La création d'une grille simplifiée du CNGE orientée principalement sur la communication ou l'utilisation d'un autre support devra être envisagée. La question de recherche de cette étude portait sur la formation à la communication. Nous pouvons nous interroger sur les possibilités d'élargir les objectifs pédagogiques de la SODEV à d'autres champs. Il conviendra au DUMG de sélectionner le support d'évaluation répondant à cette interrogation. Des guides centrés sur l'apprenant autres que la grille du CNGE ou de Calgary-Cambridge sont disponibles. Ils donnent un cadre à l'enseignant et à l'étudiant pouvant être utile dans les situations complexes à analyser. Ces guides structurent et systématisent la rétroaction (50). L'élaboration d'outils spécifiques à l'évaluation des compétences relationnelles de l'étudiant a été proposée dans une étude canadienne (51).

Un financement pour obtenir un plus grand nombre de caméras devra être obtenu si l'outil venait à être diffusé. Un calendrier d'emprunt des caméras devra être établi pour réduire les difficultés des MSU à y avoir accès.

L'étude complémentaire réalisée par un deuxième chercheur sur le retour d'expérience des internes permettra de dégager d'autres problématiques et apporter d'autres solutions communes

et cohérentes. L'élaboration d'un nouveau protocole en tenant compte des résultats de ces deux études pourrait optimiser la stratégie d'instauration de ce nouvel outil pédagogique.

Un retour d'expérience des patients à travers une étude complémentaire pourrait être un atout supplémentaire dans ce but de diffusion de l'outil.

Références bibliographiques

1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Deuxième édition. Montréal : ERPI; 2016, 828 p.
2. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010;11(4):255-72.
3. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
4. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):839.
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse). Ed Médecine et Hygiène ; 2010, 316 p.
6. Canada, Santé Canada. Outils de communication II: la communication efficace ... à votre service. Ottawa: Santé Canada; 2001, 31 p. [Internet] [cité le 7 mai 2021]. Disponible sur : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-2F.pdf>
7. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique*. 2007;19(5):413-25.
8. Stewart MA. Effective Physician-Patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-33.
9. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control*. 1999;3(1):25-30.
10. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994;272(20):1619-20.
11. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med. Clin. North Am*. 2003;87 (5): 1115-45.
12. Compagnon L, Bail B, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148-155.
13. Beckman HB, Markakis AL, S AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice; Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*. 1994;154(12):1365-1370.
14. Mantz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Groupe éthique et responsabilité professionnelle. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2006;190(6):1299-302.

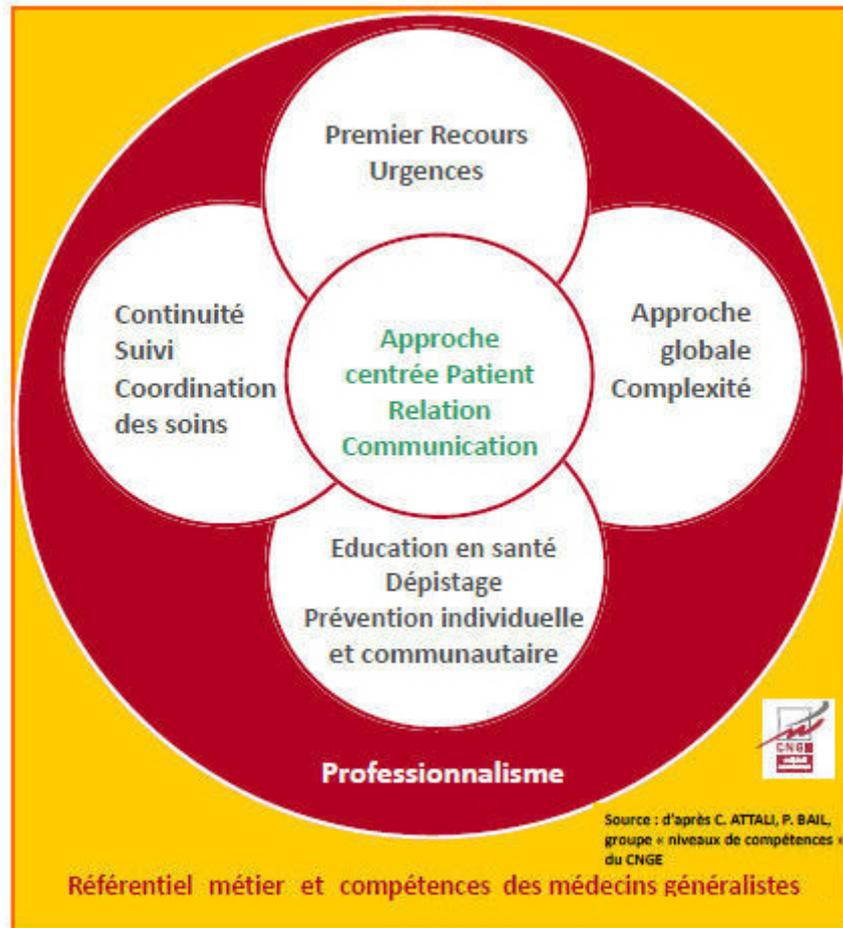
15. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. Legifrance. [Internet] [cité le 9 mai 2021]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390/>
16. CNGE. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). 2016. [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/
17. 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.
18. Maloney S, Storr M, Morgan P, Ilic D. The effect of student self-video of performance on clinical skill competency: a randomised controlled trial. *Advances in Health Sciences Education.* 2013;18(1):81-9.
19. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, Gunvar T, Yildirim E, Sisli Z, et al. Is the use of videotape recording superior to al feedback alone in the teaching of clinical skills? *BMC Public Health.* 2009;9:474.
20. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1986;292(6535):1573-6.
21. Lambelet D. « Image, dis-moi... » ou la formation à l'aide de la vidéo. *Revue des sciences de l'éducation.* 2009;16(3):405-14.
22. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education.* 2004;38(2):145-57.
23. Fukkink RG, Trienekens N, Kramer LJC. Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psych@hology Review.* 2011;23(1):45-63.
24. Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med.* 1994;9(9):517-21.
25. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling.* 2007;68(2):161-6.
26. Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. *Patient Educ Couns.* 2014;97(1):59-66.
27. Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Bordeaux 2, 1998.

28. 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 de médecine : Université Joseph Fourier de Grenoble, 2012.
29. De Jongh N. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, 2014.
30. Dumange L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, 2014.
31. Lutaud R, Sanselme A. Mise en œuvre d'une supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en situation authentique de soins : étude SENSAS, *exercer*, 2020;168:473-4.
32. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2020.
33. 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 de médecine : Université de Bordeaux, 2016.
34. Chauvin B. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen: Cadre légal et pratique. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2018.
35. 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 de médecine : Université de médecine de Nice-Sophia Antipolis, 2011.
36. 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 de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2018.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349-357.
38. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 2001;47:2494-9.
39. 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*. 1996;71(7):744-8.

40. 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.
41. 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 de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, 2014.
42. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach.* 2012;34(10):787-91.
43. 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.
44. Eaton W. Analyse de vidéos. *Can Fam Physician.* 2014;60(1):92-4.
45. Chou C, Lee K. Improving residents' interviewing skills by group videotape review. *Acad Med.* 2002;77(7):744.
46. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract.* 1995;45(392):137-41.
47. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003;78(8):802-9.
48. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;291(6491):315-7.
49. Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract.* 1984;34(268):607-10.
50. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. *J Gen Intern Med.* nov 2000;15(11):805-10.
51. Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician.* 2001;47:512-8.

Annexes

Annexe 1 : La marguerite des compétences définie par le CNGE



Annexe 2 Protocole SODEV du DUMG de La Réunion

- CONTEXTE

La SODEV est un outil pédagogique de supervision en situation authentique des étudiants en stage ambulatoire. La SODEV permet une rétroaction contextuelle exhaustive pour un apprentissage centré sur l'étudiant selon un référentiel de compétences de la discipline.

La SODEV permet une rétroaction plus spécifique des habiletés communicationnelles de l'étudiant à partir d'éléments habituellement difficiles à observer (construction d'une relation, échange d'information, utilisation de stratégies communicationnelles adaptées verbales et non verbales, etc.).

- CADRE LÉGAL

CIL

Le Département universitaire de médecine générale de La Réunion (DUMG) a inscrit le projet pédagogique SODEV au Registre des traitements de données à caractère personnel de l'Université (RGPD).

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Deux formulaires de consentement sont établis : un formulaire patient et un étudiant. Le Maître de stage des universités (MSU) est responsable de la conservation de ces documents.

- DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE L'ÉTUDIANT

En début de stage, l'étudiant est informé de la proposition du DUMG d'une supervision par vidéo de certaines consultations réalisées en autonomie. Le MSU informe l'étudiant des avantages de cet outil et des obligations légales à respecter. L'étudiant, s'il est d'accord, signe un consentement.

INSTALLATION DE LA CAMÉRA

Le champ de la caméra comprend le patient et l'étudiant lors de l'entretien. L'enregistrement vidéo ne doit pas comprendre l'examen clinique (hors champ ou occultant).

INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Le patient est informé de la proposition d'un enregistrement vidéo de la consultation (au mieux avant d'entrer en salle d'examen). Les informations à donner au patient :

- L'objectif de l'enregistrement est pédagogique : superviser un étudiant en médecine en consultation.
- Seul l'entretien au bureau est filmé. L'examen clinique ne comporte pas d'images enregistrées.
- Cet enregistrement est privé et sera détruit en fin de journée.
- Le patient peut changer d'avis à tout moment.

Si le patient donne son accord, il signe alors le consentement écrit et l'enregistrement peut commencer.

LECTURE ET SUPPRESSION DES ENREGISTREMENTS

L'ordinateur utilisé pour lire les enregistrements doit interrompre les connexions Wi-Fi et Bluetooth. Si l'ordinateur est relié à internet par un câble, celui-ci doit être débranché.

Les vidéos ne sont pas copiées sur l'ordinateur, mais uniquement visualisées à partir de la carte mémoire. La lecture des vidéos est réalisée le jour même de leur enregistrement, au cabinet du MSU. Lorsque la supervision est terminée, les vidéos doivent être supprimées par un formatage de la carte mémoire.

- PROPOSITIONS PÉDAGOGIQUES EN SODEV

SPÉCIFICITÉS DE LA SODEV PAR RAPPORT AUX SUPERVISIONS HABITUELLES

La SODEV s'adresse à des MSU et des étudiants volontaires.

Les MSU sont formés et ont une expérience dans la supervision directe ou indirecte avec leurs étudiants. Il est hors de propos de reprendre ici les principes et méthodes partagés par la SODEV en supervision. Cependant la SODEV a des spécificités propres.

L'enregistrement vidéo des consultations peut être mal vécu par l'étudiant. Les études retrouvent une réticence initiale fréquente « à se voir ». Bienveillance et délicatesse du MSU sont nécessaires.

Si cette crainte est explicitement exposée par l'étudiant, le MSU peut suggérer une supervision inversée (rétroaction par l'étudiant d'une consultation réalisée par le MSU). Cette pratique peut permettre l'adhésion de l'étudiant.

Une lecture préalable en privé par l'étudiant seul peut aussi le convaincre d'accepter la supervision.

Le renforcement positif du MSU et l'autoréflexivité de l'étudiant sont à promouvoir.

ENVIRONNEMENT, OBJECTIFS ET OUTILS

Un temps dédié doit être consacré à la SODEV. Le temps moyen constaté est environ le double de la durée d'enregistrement. Le nombre de trois SODEV par étudiant et par stage semble être un compromis entre apport pédagogique et faisabilité-acceptabilité.

La SODEV ne peut évaluer l'ensemble des compétences à chaque supervision. L'étudiant et le MSU devraient s'entendre sur le choix des compétences à superviser.

L'outil vidéo est particulièrement adapté au travail de la compétence communicationnelle. La grille de Calgary-Cambridge détermine les tâches à réaliser en rapport avec des objectifs de communication. Le MSU sur proposition de l'étudiant peut opportunément selon la situation rencontrée et le niveau de l'étudiant faire une rétroaction d'autres champs de compétences. La grille d'observation par compétence du CNGE est alors un outil adéquat.

Il est proposé qu'à l'issue de chaque supervision, l'étudiant rédige une synthèse d'une page où il identifie ses apprentissages et sa progression. Ces notes SODEV pourront être intégrées au portfolio soutenu à la fin du DES.

Annexe 3 : grille d'évaluation du CNGE

ÉLABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITÉ

Le diagnostic de situation consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organiques, relationnelle et environnement et leurs interactions.

Présentation / Entretien N = novice A = approfondi c = confirme

1. Prend contact de façon chaleureuse et appropriée	N	A	C
<i>En cas de patient accompagné</i>			A C
<i>Identifie la place de l'accompagnateur</i>			A C
<i>Privilégie le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur</i>			C
2. Identifie le(s) motif(s) de la consultation	N	A	C
3. Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée			C
4. Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre	N	A	C
<i>En cas de plaintes multiples</i>			
<i>Définit avec le patient les priorités à traiter et celles qui pourront faire l'objet d'autres consultations</i>			A
C			
<i>En cas de premier rencontre</i>			
<i>Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi? pourquoi ici?</i>			C
<i>Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte</i>			A
C			
<i>Explique son fonctionnement / celui de la structure</i>			C
5. Explore la demande par questions ouvertes préalables	N	A	C
6. Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient	N	A	C
7. Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)	N	A	C
8. Explore les liens avec les événements de vie du patient		A	C
9. Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient		A	C
10. Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte		A	C
11. Prends en compte l'avis et les perspectives du patient / empathique			C
12. Fait une synthèse et reformule		A	C

Démarche diagnostic

La démarche diagnostique devra être discutée lors de l'entretien pédagogique de débriefing ou si besoin pendant la consultation en cas d'intervention du MSU qui devra repérer les étiologies des erreurs de raisonnement.

13. En cas de renouvellement

S'enquière de ce qui se s'est passé depuis la dernière fois **N** **A** **C**

Questionne sur l'acceptation du traitement **A** **C**

Recherche la tolérance au traitement/ effet secondaire/ iatrogénie **N** **A** **C**

14. Élabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien **N** **A** **C**

15. Prend en compte la prévalence en médecine générale **A** **C**

16. Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme **N** **A** **C**

Examen clinique

17. Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique **N** **A** **C**

18. Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation **N** **A** **C**

19. Poursuit l'entretien durant l'examen physique **A** **C**

20. Réalise l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation **respecte** **explore** **négocie**

21. Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent **A** **C**

À L'issue de la démarche

22. Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et décisionnelle **confirme** **complète** **complète**

23. Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires **A** **C**

ÉLABORATION D'UN PROJET NÉGOCIÉ ; DÉCISION PARTAGÉE

Établir avec le patient prenant en compte ses possibilités, le contexte, ses contraintes, leur pertinence ; Informer progressivement sur la maladie, la nommer, sur les bienfaits de la prise en charges, sur les risques liés à la maladie, sur la surveillance, sur l'hygiène de vie. Vérifier la compréhension et l'appropriation de ces informations, puis leur utilisation.

24. En cas de renouvellement

C Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement? **A**

25. Utilise un langage clair et accessible **N** **A** **C**

26. Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique **N** **A** **C**

27. Informe en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)

Informe **Adapte**

28. Vérifie la compréhension et l'accord du patient **A** **C**

29. Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient **C**

30. Tient en compte de la temporalité / du cheminement du patient **C**

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

31. Propose une intervention non médicamenteuse et médicamenteuse **N** **A** **C**

32. Prescrit les examens complémentaires de bilan et de suivi, si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant
de bilan **de suivi** **hiérarchisé**

33. Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble **A** **C**

ÉLARGIR ET ENVISAGER LA PRÉVENTION

34. Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant **N** **A** **C**

35. Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête **A** **C**

36. Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient **C**

37. Intègre l'entourage du patient dans la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient **C**

38. Réalise démarche et gestes de dépistage **A** **C**

39. Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment **A** **C**

40. Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique **Participe** **Activement**

INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUITÉ ET la PLURIDISCIPLINARITÉ

Planification du suivi et du projet

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 41. Renseigne le dossier médical | N | A | C |
| 42. Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels | | A | C |
| 43. Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient | | | C |
| 44. Organise les consultations programmées et le recours à des tiers | | A | C |
| 45. Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical | | A | C |
| 46. Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation | | A | C |
| 47. Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge | | A | C |
| 48. Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux | | | C |

Établissement et entretien de la relation de soin

- | | | | |
|---|--|---|---|
| 49. S'adapte aux émotions exprimées ou perçues | | A | C |
| 50. Associe le patient à la démarche tout le long de consultation | | | C |
| 51. Élargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient | | | C |
| 52. Adopte une posture appropriée en fonction de la situation | | A | C |
| 53. Adapte / modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution | | | C |
| 54. Accompagne / soutient le patient | | | C |
| <u>En cas de difficulté</u> | | | C |
| <i>Informe de ses propres difficultés de gérer pareille situation</i> | | N | A |
| <i>Nomme et reconnaît les émotions du patient</i> | | A | C |

REPÉRAGE DES COMPÉTENCES (code couleur)

- Communication / Approche centrée patient
- Approche globale / Prise en compte de la complexité
- Premier recours / urgences
- Prévention / Dépistage / Éducation thérapeutique
- Continuité / Suivi / Coordination

Annexe 4 : Courriel d'information pour les MSU

Bonjour,

La supervision filmée, appelée en France SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo), est proposée aux MSU et étudiants volontaires.

Nous proposons de nous rencontrer mercredi prochain,

le 11 décembre 2019 à 14h au DUMG (salle Med 2 TD3),

afin de discuter ensemble autour de ce projet, du livret pédagogique (proposition bêta ci-jointe), des caméras, des grilles de supervision etc.

Merci de votre retour (présence et/ou intérêt pour la SODEV).

Amicalement,
Grégory Reix

Annexe 5 : Premier canevas d'entretiens

Vous allez participer *via* cet entretien à une thèse évaluant la méthode pédagogique SODEV. Cet outil a pour but d'évaluer et à terme d'améliorer la communication en santé des internes en niveau 1 et en SASPAS de médecine générale. Le recueil de données obtenu avec ces entretiens permettra de faire émerger les avantages et les inconvénients de cette méthode. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils pourront apparaître en annexe dans la thèse et seront anonymisés.

Question d'introduction

- Tout d'abord, qu'est-ce qui vous a motivé à participer à cette ?
- Racontez-moi votre expérience SODEV ?

I La rétroaction

- Comment se sont déroulées les rétroactions avec votre interne *via* l'enregistrement vidéo ?

Relance :

- 1- Qu'avez-vous ressenti pendant la rétroaction ?
- 2- Quelles difficultés avez-vous rencontrées face au fait d'évaluer l'interne à travers une vidéo ?
- 3- Quel a été d'après vous le ressenti de l'interne pendant le visionnage/rétroaction ?
- 4- Que pensez du temps pris pour la rétroaction ?

II Utilisation de la grille pendant la rétroaction

- Comment avez-vous utilisé la grille du CNGE ?

Relance :

- 1- Quelle adaptation pourrait-t-on apporter aux grilles l'utilisation de ces grilles ?
- 2- Que pensez-vous d'une formation préalable sur l'utilisation de ces grilles ?
- 3- Suite à ce premier essai, comment pensez-vous améliorer la rétroaction ?

III Relation interne-patient

- Quelle évolution avez-vous pu noter après SODEV sur la relation interne-patient, en particulier sur sa communication ?

IV Relation MSU-interne

- Qu'en est-il de votre relation avec votre interne suite à l'utilisation de la SODEV ?

V Aspect pédagogique

- Parlez-moi de l'apport pédagogique de la SODEV ?

Relance

- 1- Quelle expérience aviez-vous sur la pédagogie en communication en santé ?
- 2- Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- 3- Jugeriez-vous une formation supplémentaire pour les MSU sur l'utilisation de la SODEV au préalable nécessaire ? Dans quelle mesure ? Ou bien une formation sur la pédagogie en communication de manière générale ?
- 4- Quelle place de la SODEV dans la maîtrise ? Comment intégrer vous la SODEV dans la maîtrise le stage ?

VI Aspect technique et mise en place pratique

- 1- Quelles améliorations proposeriez-vous quant à la mise en place de la consultation enregistrée ?
- 2- Quant à la qualité des enregistrements ?
- 3- Quant au recueil du consentement des patients ?
- 4- Qu'en est-il du refus des patients, si vous en avez rencontrés ?
- 5- Quant à la sélection des patients ?

VII Conclusion

- Le département de médecine générale de l'Océan Indien a pour projet de mettre en place et de généraliser la pratique de la SODEV dans la formation des internes, et de l'étendre à un maximum de cabinet de MSU.

Dans cette optique:

- 1- Que pensez-vous d'intégrer pleinement la SODEV dans la formation en communication des internes Océans Indiens ?
- 2- Quelles améliorations ou changement proposeriez-vous sur le protocole mis en place ?

Annexe 6 : Dernier canevas d'entretiens

Vous allez participer *via* cet entretien à une thèse évaluant la méthode pédagogique SODEV. Cet outil a pour but d'évaluer et à terme d'améliorer la communication en santé des internes en niveau 1 et en SASPAS de médecine générale. Le recueil de données obtenu avec ces entretiens permettra de faire émerger les avantages et les inconvénients de cette méthode. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils pourront apparaître en annexe dans la thèse et seront anonymisés.

Question d'introduction

- Racontez moi votre expérience SODEV ?

I La rétroaction

- Comment se sont déroulées les rétroactions avec votre interne ?

Relance :

- 1) Quelles difficultés avez-vous rencontrées en terme d'analyse pédagogique ?
- 2) Quel était votre rôle pendant cette rétroaction ?
- 3) Quel a été d'après vous le ressenti de l'interne pendant le visionnage/rétroaction ?
- 4) Comment avez-vous réagi face aux difficultés de confrontation à son image avec l'interne ?

II Utilisation de la grille pendant la rétroaction

- Comment avez-vous utilisé la grille du CNGE ?

Relance :

- 1) Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans son utilisation ?
- 2) Qu'en est-il de la pertinence de coupler cette grille à votre supervision ?
- 3) Quelle adaptation pourrait-t-on apporter à l'utilisation de ces grilles ?

III Relation interne-patient

- Quelle évolution avez-vous pu noter après SODEV sur la relation interne-patient, en particulier sur sa communication ?
- Quel impact a eu la caméra sur la consultation ? Que ce soit sur l'interne, le patient ou sur leur échange ?

IV Relation MSU-interne

- Qu'en est-il de votre relation avec votre interne suite à l'utilisation de la SODEV ?
- Quel impact à votre relation avec votre interne sur la rétroaction ou l'utilisation de la SODEV ?

V Aspect pédagogique

- Parlez-moi de l'apport pédagogique de la SODEV ?

Relance

- 1) Quelle expérience aviez-vous sur la pédagogie en communication en santé ?
- 2) Quels ont été les thèmes pédagogiques abordés ?
- 3) Que pensez d'aborder d'autres champs que la communication avec la SODEV ?

VI Formation préalable sur la SODEV des MSU et internes

- Que pensez-vous d'instaurer une formation supplémentaire préalable pour les MSU ou les internes sur l'utilisation de la SODEV ?
- Quelle forme devrait-elle prendre ?

VII Aspect technique et mise en place pratique

- 1) Avez-vous rencontrée des difficulté d'organisation, de mise en place ou techniques ?
- 2) Quelles améliorations proposeriez-vous quant à la mise en place de la consultation enregistrée ?
- 3) Quant à la qualité des enregistrements ?
- 4) Quant au recueil du consentement des patients ?
- 5) Qu'en est-il du refus des patients, si vous en avez rencontrés ?
- 6) Quant à la sélection des patients ?

VII Conclusion

- Le département de médecine générale de l'Océan Indien a pour projet de mettre en place et de généraliser la pratique de la SODEV dans la formation des internes, et de l'étendre à un maximum de cabinet de MSU.

Dans cette optique :

- 1) Que pensez-vous d'intégrer pleinement la SODEV dans la formation en communication des internes Océans Indiens ?
- 2) Peut-on le proposer à tous les internes ?
- 3) Quelles améliorations ou changement proposeriez-vous sur le protocole mis en place ?

Annexe 7 : Formulaire de consentement des patients

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à la formation des futurs médecins.

Vous allez être reçu en consultation par, étudiant en fin de formation en médecine générale.

Avec votre accord, la consultation sera filmée. L'examen physique sera pratiqué hors champ, c'est-à-dire que seul le son sera enregistré.

Cette séquence vidéo sera ensuite visionnée en privé, dans un but pédagogique, par l'étudiant et son maître de stage, le Dr En revoyant ce qui s'est passé, l'étudiant pourra améliorer sa pratique professionnelle.

L'enregistrement sera définitivement effacé dès ce jour. Aucune diffusion n'est à craindre (Art 9 du Code civil sur le respect de la vie privée – Loi Informatique et libertés : Règlement Général pour la Protection des Données).

Vous avez toute liberté d'accepter ou de refuser cet enregistrement. Vous pouvez demander de stopper l'enregistrement à tout moment de la consultation. Quel que soit votre choix, il n'y aura aucune conséquence pour votre prise en charge médicale.

Le Département universitaire de médecine générale de l'université de La Réunion vous remercie pour votre collaboration à l'amélioration de la qualité des soins.

Pr Jean Marc FRANCO, directeur du Département

Je, soussigné, atteste avoir bien compris les termes de ce consentement et autorise l'étudiant à enregistrer le son et l'image (sauf l'examen physique qui se déroulera sans image) de la consultation qui va suivre.

Fait à, le à heures

Signature

Annexe 8: Formulaire de consentement des internes

Dans le cadre de votre formation et pour optimiser la supervision de vos consultations, le Département universitaire de médecine générale de La Réunion vous propose de réaliser l'enregistrement de certaines de vos consultations en autonomie.

L'objectif est de revoir *a posteriori* toute la consultation. La SODEV permet notamment une rétroaction plus spécifique des habiletés communicationnelles à partir d'éléments habituellement difficiles à observer.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser cette proposition pédagogique.

Vous serez responsable de la mise en œuvre de la SODEV. Vous vous engagez à respecter toutes les règles de la SODEV (*cf.* protocole).

Le champ couvert par la caméra comprendra le médecin, le patient et son éventuel accompagnant. En revanche, l'examen physique sera toujours pratiqué hors-champ visuel avec enregistrement du son uniquement.

L'enregistrement débutera après que vous avez obtenu le consentement écrit du patient et se terminera après son départ de la salle de consultation.

Après visionnage de l'enregistrement, en séance de rétroaction privée entre le MSU et vous, cet enregistrement sera détruit et la carte formatée. **Aucune diffusion ou copie n'est autorisée.** Tout manquement à ces règles est passible de poursuites judiciaires (Art 9 du Code civil, sur le respect de la vie privée – Loi Informatique et libertés : Règlement Général pour la Protection des Données).

En signant le consentement ci-dessous, vous autorisez le maître de stage, à vous proposer une ou plusieurs supervisions sur enregistrement vidéo.

Pr Jean Marc FRANCO Directeur du Département

Je, soussigné, atteste avoir bien compris les termes de ce consentement.

J'accepte d'être filmé. Je m'engage à respecter les règles de mise en œuvre de l'enregistrement vidéo ci-dessus énoncées, du respect de la vie privée et de la protection des données.

Fait à, le

Signature

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

Résumé. Expérimentation de la Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé en médecine générale : étude qualitative auprès de maîtres de stage à La Réunion

Introduction : La SODEV est un outil pédagogique pour l'enseignement à la communication utilisé depuis de nombreuses années dans les pays anglosaxons. En France, cet outil est utilisé seulement dans trois DUMG, par méconnaissance du concept, obstacles matériels et/ou juridiques. L'objectif de notre étude était d'explorer l'acceptabilité, la faisabilité et l'intérêt de la SODEV pour la formation à la communication des internes par retour d'expérience des MSU au sein du DUMG de La Réunion.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée. Des entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès de MSU ayant pratiqué la SODEV avec leur(s) interne(s) de niveau 1 ou SASPAS sur un semestre.

Résultats : Neuf entretiens ont été réalisés. La suffisance théorique des données a été atteinte. Les MSU ont souligné l'intérêt de la SODEV dans l'enseignement de la communication. L'autoévaluation initiale de l'interne était privilégiée. Sa mise en place technique fut simple. Le besoin d'une formation spécifique en amont a été mis en avant par les MSU et permettrait de compenser les difficultés d'analyses pédagogiques. L'instauration d'une relation interne-MSU de confiance a permis de réduire les appréhensions des internes. La grille d'évaluation du CNGE couplée à la rétroaction a été peu utilisée du fait de sa mauvaise compréhension, complexité et aspect chronophage. Une optimisation de la grille a semblé nécessaire. Les MSU étaient favorables à une diffusion de l'outil.

Conclusion : La SODEV est un outil pédagogique intéressant et acceptable pour développer les compétences en communication. Ces retours positifs encouragent la généralisation de la SODEV après une sensibilisation des MSU à l'outil, coordonnée par le DUMG de La Réunion.

Discipline Médecine Générale

Mots-Clés: Communication, relation-médecin patient, enregistrement vidéo, médecine générale, enseignement, recherche qualitative

Abstract. Experimentation of direct observation supervision with video recording (SODEV) for health communication training in general practice: qualitative study with internship supervisors in Reunion Island

Background : SODEV is a pedagogical tool for teaching communication that has been used for many years in English-speaking countries. In France, this tool is only used in three university departments of general practice (DUMG) due to ignorance of the concept, material and/or legal obstacles. The objective of our study was to explore the acceptability, feasibility and interest of SODEV for communication training of residents by feedback from internship supervisors in the DUMG of Reunion Island.

Method : A qualitative study inspired by grounded theory was conducted. Semi-directed interviews were conducted with supervisors who had practiced SODEV with their level 1 or SASPAS resident (s) over one semester.

Results : Nine interviews were conducted. Theoretical sufficiency of the data was achieved. The supervisors emphasized the interest of SODEV in teaching communication. The resident's initial self-assessment was preferred. Its technical set-up was simple. The need for specific upstream training was emphasized by the supervisors and would compensate for the difficulties of pedagogical analysis. The establishment of a trusting resident-supervisor relationship reduced residents' apprehensions. The CNGE evaluation grid coupled with feedback was little used due to its poor understanding, complexity and time-consuming aspect. Optimization of the grid seemed necessary. Supervisors were in favor of generalization of SODEV.

Conclusion : SODEV is an interesting and acceptable pedagogical tool for developing communication skills. These positive feedback encourages the generalization of SODEV after a sensitization of the supervisors to the tool, coordinated by the DUMG of Reunion Island.

Discipline General practice

Keywords Communication, physician-patient relations, videorecording, general practice, teaching, qualitative research