



La supervision par Observation Directe avec enregistrement Vidéo en stage de médecine générale : étude qualitative sur le ressenti des patients

Clément Pailloux

► To cite this version:

Clément Pailloux. La supervision par Observation Directe avec enregistrement Vidéo en stage de médecine générale : étude qualitative sur le ressenti des patients. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03355727

HAL Id: dumas-03355727

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03355727>

Submitted on 27 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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

PAR

PAILLOUX Clément

NE LE 28 AVRIL 1991 A MONT-SAINT-AIGNAN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 14 SEPTEMBRE 2021

**La Supervision par Observation Directe avec
Enregistrement Vidéo en stage de médecine générale :
Étude qualitative sur le ressenti des patients**

PRESIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Pr Philippe NGUYEN-THANH

MEMBRES DU JURY : Pr Élisabeth MAUVIARD, Pr Mathieu SCHUERS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Loïc FAVENNEC

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

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

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAIN	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

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

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	
----------------------------	--

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSSONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

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

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa FAGOT-GRIFFIN	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO**

Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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.

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplômes d'Études Spécialisées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

ECOS : Examens Cliniques Objectifs et Structurés

MSU : Maître de Stage Universitaire

MT : Médecin Traitant

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SD : Supervision Directe

SI : Supervision indirecte

SIFEM : Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

UMF : Unités de Médecine Familiale

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	19
2. LA COMMUNICATION ET SON ENSEIGNEMENT DANS LE CURSUS MEDICAL	20
2.1. COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT	20
2.2. ENSEIGNEMENT DE LA COMMUNICATION	21
2.2.1. PREMIER ET DEUXIEME CYCLES	21
2.2.2. TROISIEME CYCLE	22
2.3. METHODES D'EVALUATION	24
2.3.1. LA SUPERVISION INDIRECTE	24
2.3.2. LA SUPERVISION DIRECTE	25
3. DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE : LA SODEV	27
3.1. DONNEES SUR LA SODEV	27
3.1.1. L'UTILISATION DE LA VIDEO	27
3.1.2. DONNEES INTERNATIONALES QUEBECOISES ET ANGLO-SAXONNES	27
3.1.3. DONNEES FRANÇAISES	28
3.1.4. PROTOCOLE AU DUMG DE ROUEN	28
3.2. L'IMPACT DE LA SODEV SUR LES MAITRES DE STAGE	29
3.3. L'IMPACT DE LA SODEV SUR LES INTERNES	31
3.4. LE RETOUR DES PATIENTS ET OBJECTIF DE L'ETUDE	34
4. MATERIEL ET METHODE	36
4.1. DESCRIPTION DE L'ETUDE	36
4.1.1. ÉTUDE QUALITATIVE	36
4.1.2. ENTRETIEN	36
4.2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	36
4.2.1. CHOIX DE LA POPULATION	36
4.2.2. RECRUTEMENT DE LA POPULATION	37
4.3. RECUEIL DE DONNEES	37
4.3.1. GUIDE D'ENTRETIEN	37
4.3.2. DEROULEMENT DES ENTRETIENS	38
4.3.3. RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES DONNEES	39
5. RESULTATS	40
5.1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION DE L'ETUDE	40
5.2. RESULTATS	42
5.2.1. CONTACT AVEC LA SODEV	42
5.2.2. INFLUENCE DE LA CAMERA SUR LE PATIENT	50
5.2.3. INFLUENCE DE LA CAMERA SUR L'INTERNE	55

5.2.4. AVIS SUR L'ENREGISTREMENT DE L'EXAMEN PHYSIQUE	61
5.2.5. ASPECT FORMATIF DE LA SODEV	66
6. DISCUSSION	76
6.1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS	76
6.2. DISCUSSION DES RESULTATS	78
6.2.1. ACCEPTABILITE DES PATIENTS	78
6.2.2. L'AVIS DU PATIENT	81
6.2.3. IMPACT DE LA SODEV SUR L'INTERNE	85
6.2.4. INTERETS PEDAGOGIQUES DE LA SODEV	89
6.3. DISCUSSION DE LA METHODE	93
6.3.1. FORCES DE L'ETUDE	93
6.3.2. FAIBLESSES DE L'ETUDE	94
6.4. PERSPECTIVES	97
6.4.1. DEVELOPPEMENT DE LA SODEV	97
6.4.2. PROTOCOLE DE PRESENTATION EN AMONT POUR LE PATIENT ?	98
6.4.3. FILMER L'EXAMEN PHYSIQUE ?	99
7. CONCLUSION	100
8. BIBLIOGRAPHIE	101
9. ANNEXES ET FIGURES	105

1. INTRODUCTION

La communication est l'une des compétences faisant l'objet d'une évaluation lors de la formation théorique et pratique des internes en médecine générale (1).

L'outil vidéo permet notamment à l'interne de visionner a posteriori la consultation qu'il a lui-même effectuée en autonomie, et, lors de la séance de rétroaction, d'évaluer ses compétences dans la gestion de la consultation, sa communication verbale et non verbale et ainsi de pouvoir identifier les points méritant une correction ou une amélioration.

Bien que peu utilisée dans les différents Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) en France, Baptiste Chauvin entreprend, en 2018, pour son travail de thèse (2) d'expérimenter la SODEV, avec la mise en place d'un protocole d'utilisation au DMG de Rouen et un retour d'expérience auprès des internes et des maîtres de stage suite à sa mise en pratique.

Les résultats ont montré que les maîtres de stage universitaires et les internes ayant participé à cette expérience reconnaissent à la SODEV son aspect bénéfique à la formation et l'évaluation des compétences relationnelles, sur la communication verbale et non verbale. Ainsi, comme le démontrent déjà plusieurs études, la SODEV représente un outil pédagogique efficace et une aide à la supervision lors des stages de médecine générale.

En reprenant la littérature, on s'aperçoit qu'il existe à ce jour peu de données sur le retour et l'acceptation de cette méthode par les patients, pourtant indispensable au déploiement de l'utilisation de la SODEV.

L'objectif de ce travail est de recueillir le retour des patients sur la SODEV afin d'évaluer leur ressenti, lors de l'utilisation de l'outil vidéo à visée pédagogique pour les internes de médecine générale.

2. LA COMMUNICATION ET SON ENSEIGNEMENT DANS LE CURSUS MEDICAL

2.1. Communication médecin-patient

L'aspect relationnel représente un point fondamental dans le lien soignant-soigné et reste une qualité recherchée par chaque professionnel de santé.

Une bonne communication est un atout majeur dans la prise en charge de son patient, permettant d'affiner son interrogatoire, d'orienter sa stratégie diagnostique et d'améliorer la compliance aux thérapeutiques proposées. Les patients semblent plus rassurés, une confiance s'installe entre ces derniers et leur médecin généraliste, permettant au patient, informé, de coopérer et ainsi devenir acteur de sa prise en charge.

Plusieurs études dont une revue systématique (3) évaluant les principales attentes des patients vis-à-vis de leur médecin généraliste, ont noté l'importance d'une bonne maîtrise de cet outil communication notamment. Dans un bulletin de l'Académie Nationale de médecine, il apparaît qu'une communication insuffisante soit la principale source de conflit entre patients et soignants (4).

La relation avec son patient occupe une place incontournable au sein de la médecine générale. La communication est donc une compétence maîtresse à acquérir selon le référentiel métier de médecine générale (1) et est devenue un enseignement phare dans les facultés de médecine. Elle est considérée comme une des six compétences essentielles pour la bonne pratique de la médecine générale selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).

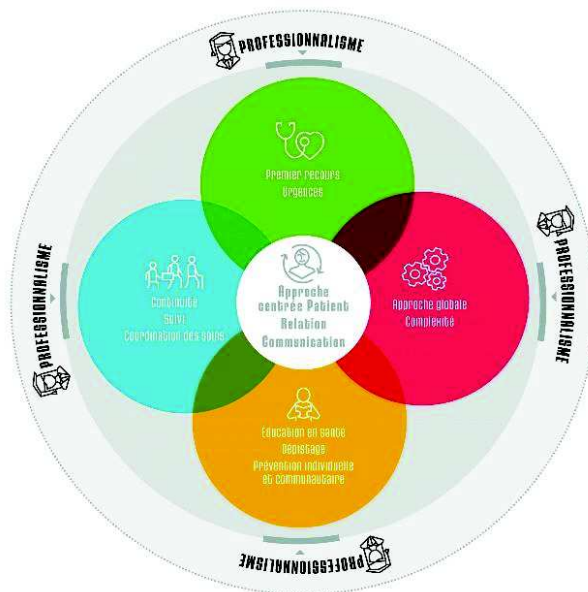


Figure 1 : Marguerite des compétences

Selon l'Académie Nationale, il faut privilégier et valoriser les stages de médecine générale chez le praticien pour évaluer les capacités de communication des étudiants en médecine et de leurs enseignants afin de suivre au mieux les recommandations de la Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale (SIFEM) (4).

L'apprentissage de la communication est donc un enjeu majeur dans la formation des futurs professionnels de santé afin de devenir un médecin généraliste performant et répondant aux attentes de ses patients, mais comment cette formation est-elle réalisée en pratique et selon quelles modalités est-elle évaluée ?

2.2. Enseignement de la communication

2.2.1. Premier et deuxième cycles

L'enseignement de la communication demeure secondaire par rapport aux connaissances biomédicales et techniques inculquées au cours des deux premiers cycles des études médicales.

Tant d'un point de vue théorique que pratique, son apprentissage repose sur une session de quelques cours et principalement d'auto apprentissage lors des stages ambulatoires et hospitaliers effectués.

Sur 362 items faisant partie du programme du deuxième cycle pour préparer les Épreuves Classantes Nationales (ECN), seul l'item N°1 – « *La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.* » fait réellement l'objet de notions concernant la communication.

Déjà utilisés dans plusieurs facultés de médecine de France, dont celle de Rouen, depuis plusieurs années, y compris en troisième cycle, les Examens Cliniques Objectifs et Structurés (ECOS) semblent faire partie du projet de la loi Santé 2022. Ces ateliers constituent de véritables tests de compétences des étudiants en médecine, permettant d'évaluer les outils communicationnels utilisés et la relation médecin-malade.

Ils devraient s'inscrire dans les traditionnels ECN avec une première épreuve de connaissances sous forme de QCM et des épreuves de compétences sous forme d'ECOS à la fin du deuxième cycle.

2.2.2. Troisième cycle

En entrant dans le troisième cycle, l'interne en médecine générale s'inscrit dans le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de médecine générale, composé de 6 semestres et divisé en trois phases d'apprentissage distinctes permettant une autonomisation progressive de l'étudiant (5).

- ❖ Dans sa formation théorique, l'interne développe une base de connaissances avec pour objectif l'acquisition de 6 compétences, nommée « marguerite des compétences » par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).
 - Premier recours, urgence.
 - **Relation, communication, approche centrée-patient.**
 - Approche globale, prise en compte de la complexité.
 - Éducation, prévention, santé individuelle et communautaire.
 - Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient.
 - Professionnalisme.

Ce travail s'effectue notamment lors des formations de communication, cours et séminaires centrés autour de la relation soignant-soigné, annonce de maladie grave...

Il a été mis en place dans le cadre de la formation des internes de médecine générale au DUMG de Rouen, des ateliers « communication » lors des groupes d'échanges de pratiques. Chaque étudiant doit préalablement présenter une expérience vécue avec un patient mobilisant la compétence « Relation, communication, approche centrée patient ». Il doit tenir le rôle du patient lors de l'atelier. En début de séance, deux situations sont sélectionnées par les étudiants et sont ensuite rejouées en présence de la caméra. La performance est ensuite discutée et évaluée par l'ensemble du groupe. Des objectifs et des outils de réponse sont définis pour permettre à l'étudiant d'élaborer des pistes d'apprentissage.

- ❖ Lors de sa formation pratique, l'étudiant va effectuer plusieurs stages selon une maquette définissant différents terrains de stages ambulatoires et hospitaliers où il fera fonction d'interne.

Concernant les stages en ambulatoire :

L'interne effectuera, au cours de son troisième cycle, d'abord un stage de premier niveau chez le praticien agréé, découpé en trois phases successives selon les modalités du décret N°97-495 du 16 mai 1997 (6) :

- Une première phase d'observation dans laquelle l'interne assiste le Maître de Stage Universitaire (MSU) lors de sa consultation ;
- Une deuxième phase dite semi-active où l'interne dirige la consultation sous la supervision directe de son MSU ;
- Une troisième phase active au cours de laquelle l'interne consulte en autonomie avec possibilité d'intervention du MSU si besoin et supervision indirecte en effectuant un retour auprès du praticien.

Lors de ce premier stage de médecine générale, le maître de stage universitaire peut, lors de la supervision directe, observer la méthode de communication de l'interne, l'évaluer et si besoin apporter des remarques constructives afin de les corriger ou les améliorer.

Pendant sa dernière année d'internat, l'étudiant réalise son Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Lors de cette phase d'approfondissement, l'interne travaille en autonomie et exerce la médecine générale, avec, toujours dans le cadre de sa formation, des séances de supervision indirecte rétroactives. C'est à ce moment-là que le MSU peut évaluer son interne, sur ses compétences diagnostiques, techniques, thérapeutiques mais aussi relationnelles et communicationnelles et sur sa structuration d'un entretien.

2.3. Méthodes d'évaluation

Marc Vidal décrit dans Pédagogie Médicale en 2002 (7) les différents outils pédagogiques à disposition des MSU afin d'évaluer les compétences des internes de médecine générale.

L'évaluation de l'interne se fait au cours d'une séance de rétroaction entre le MSU et son interne. Cette séance permet, parfois à l'aide d'une grille d'évaluation, de dresser un état des lieux des compétences de l'interne, d'identifier les points à rectifier ou à améliorer et de fixer des objectifs dans une perspective d'évolution au cours du stage (8).

On différencie deux types de supervision d'une consultation : la supervision indirecte (SI) et la supervision directe (SD). Ces deux méthodes sont actuellement utilisées lors des stages de médecine générale de premier niveau et en SASPAS.

2.3.1. La supervision indirecte

La supervision indirecte (SI) s'effectue a posteriori et repose sur la description de la consultation rapportée par l'interne à son maître de stage. Lors de cette séance, l'interne peut ainsi s'évaluer et éventuellement identifier ses interrogations ou ses doutes vis-à-vis du déroulement de la consultation.

Cette technique est fortement utilisée en SASPAS et peut être utilisée en fin de stage de premier niveau.

Elle offre la possibilité d'accorder à l'interne une parfaite autonomie puisqu'il est seul avec son patient et qu'il dirige donc la consultation sans être directement confronté à l'éventuelle pression liée à la présence du maître de stage.

Cependant, cette méthode a ses limites puisqu'il existe notamment un biais de mémorisation pouvant modifier le rapport clinique et rendre compliqué le contrôle de la consultation de l'interne (9).

De plus, cette autonomie de travail donnée à l'interne rend plus difficile l'évaluation de la communication de l'interne par le MSU, ce dernier ne participant pas directement à la consultation.

Cette méthode permet donc un apprentissage certain pour l'interne mais limite les enseignements et conseils que peut offrir le MSU à son interne concernant les compétences communicationnelles et relationnelles (10).

2.3.2. La supervision directe

Lors d'une supervision directe (SD), le MSU assiste d'une manière ou d'une autre à la consultation de son interne.

Il convient que la supervision directe permet une meilleure approche des compétences relationnelles de l'interne lors de ses consultations et de ses capacités de communication et d'entretien du patient.

En France, la présence physique du MSU est une méthode de supervision directe très répandue, principalement lors des stages de premier niveau et au début du SASPAS.

La présence physique du médecin permet à ce dernier une évaluation initiale rapide de son interne et de ses compétences à mener une consultation. L'évaluation des outils de communication de l'interne est possible puisque le superviseur assiste à la consultation et observe son interne. Les patients quant à eux semblent plus rassurés car leur consultation se fait sous le regard de leur médecin habituel.

Il existe toutefois quelques limites à cette méthode. La présence de son MSU peut être une source de stress ou de pression pour l'interne, et le fait de se sentir observé peut modifier les capacités de l'interne à mener sa consultation correctement (2). De ce fait, l'interprétation du MSU peut être erronée puisqu'il ne perçoit pas les pleines

compétences de l'interne. La qualité de la relation entre l'interne et son MSU impacte forcément et peut influencer de manière plus ou moins importante le déroulement de la consultation.

La présence du superviseur lors de la consultation peut aussi involontairement détourner l'attention du patient, qui se tournera davantage vers son médecin habituel, laissant le supervisé spectateur de la consultation et ne lui permettant pas de mobiliser ses compétences.

D'autres techniques de supervision directe sont moins largement utilisées, l'utilisation de miroir sans tain (11), l'enregistrement sonore (12) ou encore la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV).

Cette dernière méthode offre les avantages de la supervision directe dans l'évaluation des compétences relationnelles et communicationnelles, tout en palliant aux limites de la supervision avec présence physique puisqu'elle permet au superviseur d'assister à la consultation sans interférer directement dans cette dernière (7).

3. DEVELOPPEMENT D'UN OUTIL PEDAGOGIQUE : LA SODEV

3.1. Données sur la SODEV

3.1.1. L'utilisation de la vidéo

L'outil vidéo est « un outil important dans l'apprentissage de la médecine [...] adapté à la présentation de cas cliniques, gestes techniques, dans l'amélioration des techniques d'apprentissage et d'enseignement, mais aussi dans la communication médecin-patient. » (13).

En effet, les apprentissages reçus grâce à l'enregistrement vidéo sont mieux assimilés avec une mémorisation sur le long terme plus importante (14).

Cette méthode est, par ailleurs, de plus en plus simple à exploiter de par sa facilité d'utilisation, sa discrétion due à sa petite taille et des coûts qui tendent à diminuer.

3.1.2. Données internationales québécoises et anglo-saxonnes

La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) est un outil pédagogique validé depuis plusieurs années déjà, notamment au Canada, dans les Unités de Médecine Familiale (UMF) (15). Cette méthode est pleinement ancrée dans la formation des résidents en médecine générale.

Placée derrière un miroir sans tain ou directement dans la salle de consultation, la caméra filme l'interne et son entretien avec le patient, puis une séance de rétroaction est ensuite effectuée (16).

D'autres pays utilisent cet outil depuis plusieurs années notamment le Royaume-Uni (17) et les États- Unis (18).

Les études réalisées rapportent une efficacité et une supériorité de cette méthode d'enseignement de la communication et des aptitudes relationnelles des praticiens (19).

3.1.3. Données françaises

La SODEV reste à ce jour, en France, peu utilisée dans le cadre de la formation des internes en médecine générale, même si cette pratique commence à se développer.

Les premiers travaux concernant la SODEV en France ont débuté en 1998 grâce à William Durieux (20) qui décrit cet outil suite à son expérience personnelle à l'Université de Montréal.

Son utilisation en France restant anecdotique selon l'état des lieux réalisé par Gaëlle Jacquet en 2018 (10), plusieurs travaux de thèse ont permis d'en évaluer l'efficacité et l'acceptabilité des internes de médecine générale et des MSU, notamment grâce à Elodie Pailhé en 2012 (21).

En 2018, Baptiste Chauvin évalue, dans le cadre de son travail de thèse (2), la mise en place d'un protocole d'utilisation de la SODEV au DUMG de Rouen.

Ainsi, après avoir défini un cadre légal et clair pour protéger les patients (**Annexes 1,2,3**), un protocole a été établi afin d'assurer une sécurisation des données de santé générées.

D'autres conditions sont nécessaires pour la bonne utilisation de cet outil : une formation des maîtres de stage sur le plan technique et pédagogique ainsi que l'aménagement du planning du médecin et de l'interne afin d'inclure à ce temps de travail les séances d'enregistrement et de supervision.

3.1.4. Protocole au DUMG de Rouen

Le DUMG de Rouen est le département pilote au niveau national pour la mise en place de la Supervision par Observation Directe par Enregistrement Vidéo.

Le protocole utilisé au DUMG de Rouen préconise au cours du troisième cycle, au minimum trois séances de supervision directe avec enregistrement vidéo avec au moins un des maîtres de stage du binôme ou du trinôme (**Annexe 4**).

La première séance de SODEV sera à effectuer à environ un mois, puis à renouveler à trois mois et pendant le dernier mois de stage afin d'analyser l'évolution de l'interne tout au long du semestre.

Chaque séance de supervision devrait faire l'objet d'une trace validée par le maître de stage et reprenant les différents éléments de la supervision, elle pourra être réalisée à l'aide d'une grille d'observation par compétences (**Annexe 5**). La trace, rédigée par l'interne, sera déposée dans le portfolio et prise en compte pour la validation des travaux des étudiants.

3.2. L'impact de la SODEV sur les maîtres de stage

Une étude a cherché à recueillir l'avis des MSU concernant la SODEV, l'utilisation de l'outil vidéo, ses avantages et ses inconvénients (21). Les résultats montrent un retour des MSU plutôt satisfaisant avec plusieurs aspects positifs mis en avant : une technique d'utilisation simple, une facilité de recrutement des patients, une acceptation par l'interne et le patient, et le fait que la SODEV permette d'évaluer de manière objective les compétences de communication de l'interne. Cependant, il ressort l'aspect chronophage et donc contraignant de cette méthode ainsi qu'une gêne parfois rencontrée par les internes lors du visionnage de la vidéo.

Une autre étude a recherché les différents éléments positifs de cette méthode (22). Pour son travail, l'auteur a réalisé des entretiens semi-dirigés auprès des MSU. Plusieurs avantages ont été décrits :

- Cet outil vidéo permet une auto évaluation de l'interne et par conséquent de le faire progresser sur ses compétences de communication, difficilement évaluables par la supervision indirecte.
- La vidéo instaure un climat de confiance avec les patients pris en charge par l'interne qui les reçoit, ainsi que pour la supervision.
- Elle permet d'évaluer la communication verbale et non verbale lors de la rétroaction et représente un support pour l'évaluation du MSU, imposant un réel temps dédié à la supervision.

Un autre travail avait pour objectif d'identifier les freins de l'utilisation de la SODEV selon les MSU (23) : méconnaissance de cet outil vidéo, nécessité de formation et d'information sur le protocole, besoin matériel, aspect chronophage, une relation de confiance entre l'interne et son MSU préalable, mais globalement un avis plutôt favorable de la part des participants.

Après avoir décrit le protocole mis en place au DUMG de Rouen (2), l'auteur a, par ailleurs, évalué le retour d'expérience de 9 maîtres de stage universitaires ayant participé à la SODEV. Des résultats ressort globalement une satisfaction de la part des MSU quant à la présentation du protocole et des « mesures de protection des données de santé adaptées » (2). Outre les éléments techniques qui ont parfois posé problème, l'aspect chronophage de la séance de supervision a été rapporté, mais un nombre de trois séances de supervision sur le semestre leur semble tout à fait adapté. Concernant l'intérêt formatif de la SODEV, la majorité des MSU s'entend sur l'aspect bénéfique de cette méthode dans l'évaluation de la communication, tant verbale que non verbale et des capacités relationnelles de l'interne.

Une étude qualitative auprès des MSU et des internes sur l'utilisation de la SODEV en stage de premier niveau a été également menée (24). Les résultats concernant les MSU viennent confirmer ceux apportés par les travaux précédents : un support objectif offrant une autonomie d'exercice et une auto évaluation de l'interne, permettant notamment d'apprécier ses compétences en termes de communication verbale et non verbale. Les points négatifs soulevés restent l'aspect chronophage, une certaine appréhension et gêne de l'interne. Une difficulté technique à placer la caméra a parfois été rapportée.

3.3. L'impact de la SODEV sur les internes

Plusieurs travaux ont été réalisés afin d'évaluer l'avis des internes concernant la SODEV.

Dans Pédagogie Médicale, en 2001 (25), une étude descriptive et qualitative a recueilli l'expérience d'une résidente concernant la supervision directe avec outil vidéo. Elle rapporte que « la supervision directe apparaît comme une expérience intense et enrichissante tant au plan professionnel que personnel » (25). Cette méthode offre un apprentissage des habiletés professionnelles dans la relation avec le patient, améliorant les techniques d'entretien et les capacités d'écoute. Elle permet aussi un développement de l'identité professionnelle en y intégrant des éléments personnels. Le rôle des superviseurs est vécu comme « facilitant et sécurisant ». La stagiaire décrit une évolution de son attitude envers la supervision directe tant en termes d'objectifs que de la perception qu'elle avait de cette méthode. Initialement perçue comme une épreuve difficile et source d'anxiété, l'instauration d'un climat de confiance permet d'en faire une expérience enrichissante. Elle note aussi que les impacts de cette méthode persistent à plus long terme.

Dans une étude menée par Saba (26), les stagiaires rapportent que la supervision directe doit faire partie intégrante de l'apprentissage de la médecine générale car elle apporte une aide en cas de difficulté, favorise l'auto-évaluation et permet d'adapter son comportement en consultation et ses compétences communicationnelles et relationnelles de manière durable dans le temps.

Le travail d'Eeckhout (27) évalue la faisabilité et l'acceptabilité de la SODEV auprès des internes. Globalement, 70% d'entre eux sont favorables à réaliser des enregistrements vidéo des consultations et une forte majorité pense que cette méthode favorise l'amélioration de leurs compétences en termes de communication à travers l'observation et l'évaluation de leur consultation. Ils rapportent une rétroaction plus efficace avec le support vidéo qu'avec un support narratif. Deux tiers ne trouvent pas qu'ils perdent en authenticité et spontanéité avec l'outil vidéo. 85% estiment que

les problèmes logistiques constituent le frein principal à l'utilisation régulière de cet outil et qu'il est nécessaire de mettre en place des protocoles.

Une étude avait pour objectif le recueil des opinions des internes sur l'utilité de cet outil vidéo pour une auto-évaluation des capacités communicationnelles dans le cadre de leur formation en médecine générale (28). Il ressort que cette méthode a permis pour la plupart de faire l'état des lieux de leurs propres compétences relationnelles, qu'il existe principalement une difficulté à se confronter à sa propre image en utilisant l'enregistrement vidéo, mais que la supervision directe par le MSU est source de réticences liées à la peur du jugement. Globalement, l'ensemble des internes interrogés s'entend sur le fait que l'apprentissage de la communication reste insuffisant et mérite une place plus importante dans la formation de médecine générale.

Dans un travail de thèse (29), les entretiens menés auprès des internes permettent l'émergence de plusieurs points intéressants. Même s'il peut exister une gêne ou une appréhension au début des enregistrements vidéo, tout cela s'efface au fur et à mesure de la pratique et laisse place aux côtés positifs tels que la prise de conscience des attentes du patients, les bienfaits d'une auto-évaluation sur sa pratique personnelle de la médecine, l'améliorer voire la corriger et se fixer des objectifs dans une perspective d'évolution.

Une étude a mis en avant que la SODEV instaure un climat de bienveillance et de confiance entre l'interne et son MSU, et que cette méthode permet une rétroaction plus efficace, aidant l'interne à définir des objectifs de progression au cours de son stage concernant ses compétences y compris ses capacités de communication (30).

Dans son travail de thèse, Baptiste Chauvin a également recueilli le ressenti des internes en SASPAS ayant testé le protocole proposé (2). Ces derniers sont en accord avec les retours de leurs MSU, une présentation claire et suffisante, une protection des données adaptée, un matériel simple d'utilisation, un nombre de 3 séances sur le semestre suffisant. Ils rapportent par ailleurs dans l'ensemble oublier rapidement la

présence de la caméra. Ils soulignent aussi l'aspect chronophage de la méthode notamment pour les séances de supervision.

L'étude qualitative menée auprès des internes de médecine générale ayant utilisé la SODEV lors de leur stage de premier niveau a permis de dégager quelques idées (24). Plusieurs intérêts ont été rapportés tels que la possibilité de se voir lors d'une consultation, de pouvoir évaluer sa pratique, corriger ses lacunes, sa posture, la durée et le cadre de la consultation et d'en apprécier la progression au fur et à mesure du stage. L'outil vidéo semble leur apporter plus d'autonomie et une prise de confiance en soi. Il ressort toujours une gêne au début de l'utilisation de l'outil vidéo, source de questionnements et de stress, mais rapidement dissipée. Les internes rapportent par ailleurs être plus à l'aise en SODEV qu'en supervision directe avec présence physique du MSU.

3.4. Le retour des patients et objectif de l'étude

Il apparaît évident que l'acceptabilité de l'enregistrement vidéo par les patients reste primordiale. Peu d'études ont, à ce jour, été orientées sur l'avis des patients, et les quelques notions qui ressortent des travaux effectués divergent parfois.

Bain et al. (31) notent que l'accord du patient lors du recueil de consentement serait biaisé par une pression exercée de manière involontaire par le médecin qui présente la méthode. Les patients, considérés comme vulnérables, n'oseraient pas refuser de participer à l'enregistrement vidéo. De plus, les auteurs décrivent des patients dans une position inconfortable et inhibée lors de ces consultations filmées.

Ces propos sont appuyés par Servant et al. (32), remettant en cause le taux d'acceptabilité de certaines études, celui-ci apparaissant plus important lorsque la demande vient directement du médecin et qu'il diminue fortement lorsque la secrétaire le propose en salle d'attente avec une lettre d'explication. Cette étude souligne l'importance d'un consentement éclairé, le patient doit être volontaire et ne subir aucune pression pour donner son accord.

Les travaux de Martin et al montrent un taux plus important de participation, en précisant que l'acceptabilité est plus importante lorsque le médecin propose en comparaison avec une demande de consentement écrit. La raison du refus était principalement liée au motif de la consultation, mais aussi chez certains à des doutes concernant la confidentialité des images (33).

Il ressort ce genre de questionnement de la part des MSU et des internes interrogés dans différentes études. Certains MSU se demandent si leur patient n'osait pas refuser, pour ne pas les offenser. D'autres se posent des questions sur la manière de recueillir l'accord du patient, est-ce que les réponses varient selon si le consentement est demandé par le MSU ou l'interne (24)?

Certaines études rapportent une meilleure acceptation, avec un bon retour de la part des patients et soulèvent de nombreux aspects positifs.

Campbell évoque un faible taux de refus d'environ 10% de la part des patients (34).

Pour Butler D (35), les systèmes d'enregistrement par caméras et microphones n'ont pas d'effet sur le comportement des patients.

Pour d'autres, la majorité des patients allègue avoir oublié la caméra, certifiant n'avoir ressenti aucun effet sur la consultation et son déroulement. Par ailleurs, aucune différence n'est démontrée concernant le taux de stress du patient, sa compliance, sa confiance et sa satisfaction envers le traitement prescrit (36).

Selon certains MSU interrogés, les patients semblent moins gênés qu'en supervision directe, la plupart acceptent volontiers car ils sont habitués à consulter avec l'interne et sont donc satisfaits de participer à sa formation (23).

Devant autant de discordance sur l'acceptabilité et si peu de données concernant leur avis sur cette méthode, il semble légitime de réaliser cette étude centrée sur les patients.

4. MATERIEL ET METHODE

4.1. Description de l'étude

4.1.1. Étude qualitative

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative descriptive. En effet, cette méthode d'investigation permet, par le biais d'une observation en situation ou au travers d'entretiens, collectifs (focus groupe) ou individuels, de comprendre et d'analyser en détail des attitudes, réflexions ou comportements d'une population cible. Ce type d'étude semble donc adapté pour répondre à l'objectif de ce travail de par la multiplicité et la diversité des informations fournies par les patients concernant leur retour d'expérience sur l'utilisation de la SODEV.

4.1.2. Entretien

Autrement appelé, « interview », l'entretien, qu'il soit collectif (focus groupe) ou individuel, est une méthode d'enquête qualitative.

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels, entre une personne interviewer, ici l'auteur de la thèse, et une personne interviewée, ici le patient.

Lors d'un entretien semi-structuré ou semi-dirigé, l'interviewer suit son guide d'entretien, principalement composé de questions ouvertes, préalablement établi afin d'aborder les différents thèmes voulant être étudiés.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés pour ce travail car cette méthode de recueil de données semble la plus pertinente pour obtenir le ressenti réel des patients et la plus propice à l'émergence de nouvelles idées.

4.2. Description de la population étudiée

4.2.1. Choix de la population

Nous avons choisi de nous entretenir avec les patients qui ont été concernés par la supervision vidéo, c'est-à-dire les patients des maîtres de stage universitaires du DUMG de Rouen ayant accepté d'utiliser cet outil dans leur cabinet dans le cadre de la formation de leur interne.

N'étaient pas inclus dans la population : les enfants, les patients présentant des troubles neuro dégénératifs devant la difficulté à réaliser un entretien structuré.

4.2.2. Recrutement de la population

Nous avons informé, en amont, tous les MSU utilisant la SODEV par mail (**Annexe 6**) afin de leur présenter le sujet de cette thèse et d'obtenir leur accord pour venir rencontrer les patients à leur cabinet. Le choix de la date est laissé au MSU/ interne selon les disponibilités d'accueil dans une pièce au cabinet afin de pouvoir recevoir les patients pour l'entretien.

Nous avons effectué ce recrutement aussi bien auprès de MSU recevant un interne en stage de médecine générale de premier niveau qu'en SASPAS.

Le recrutement de la population de patients s'est ensuite fait directement au cabinet, par les MSU, lors de la proposition de participation à la consultation filmée avec leur interne. En effet, il leur était demandé leur accord pour participer à un entretien avec l'auteur de la thèse dans les suites de la consultation afin de recueillir leur ressenti sur l'expérience à laquelle ils venaient de prendre part.

4.3. Recueil de données

4.3.1. Guide d'entretien

Le guide a été élaboré en amont et réfléchi afin d'aborder différents thèmes autour de la SODEV.

Il a été le même pour chaque patient interrogé.

Le questionnaire comporte deux parties :

- Une première partie sous forme de court questionnaire ayant pour but de décrire l'interviewé selon quelques données (sexe, tranche d'âge...)
- Une seconde partie comportant une série de questions ouvertes permettant d'aborder les différents thèmes identifiés et potentiellement de voir apparaître de nouvelles idées selon le déroulement de chacun des entretiens.

Un premier canevas a donc été réalisé et aborde trois grands axes (**Annexe 7**) :

- Le contact avec la SODEV : afin d'évaluer comment l'outil a été présenté au patient, si le support était adapté, les explications claires et suffisantes.
- Le déroulement de la consultation et l'impact de la caméra : son influence sur le comportement du patient, sur le comportement de l'interne et de la consultation.
- L'aspect formatif de la SODEV, ses objectifs, les avantages et les limites de cette méthode, le rôle du patient dans la formation des internes de médecine générale.

Suite à une série de trois entretiens réalisés, certaines questions ont été reformulées afin d'apporter plus de clarté aux propos, et la trame a été ajustée et enrichie au fur et à mesure des entretiens pendant toute la durée du recueil de données.

4.3.2. Déroulement des entretiens

Une date est convenue en amont avec le MSU et son interne afin de programmer l'utilisation de la SODEV sur une demi-journée.

Les entrevues s'effectuent au cabinet du médecin du patient interrogé, dans un bureau dédié, directement après la consultation filmée avec l'interne.

Lors de son accueil, le patient est invité, par son médecin, à participer à cette étude à la suite de sa consultation.

De par la situation sanitaire en lien avec la pandémie due au SARS-COV-2, les quatre derniers entretiens se sont effectués par téléphone, le jour même de la consultation.

Chaque interview est entièrement enregistrée via l'application dictaphone du téléphone portable doublé d'un enregistrement sur ordinateur.

Après avoir été informé sur l'objectif de l'étude, l'utilisation des données recueillies, le devenir des enregistrements ainsi que leur anonymisation, il est demandé au participant de signer un consentement (**Annexe 8**).

Dans un souci d'organisation lié au caractère distanciel des derniers entretiens, l'information a été fournie par le médecin traitant et l'accord des patients a été oralement recueilli.

4.3.3. Retranscription et analyse des données

La retranscription des entretiens est réalisée avec le logiciel de traitement de texte Word.

Les interviews sont retranscrites dans leur intégralité, mot pour mot, en détaillant les expressions non verbales.

Cette tâche est réalisée le jour même afin de ne perdre aucune information non verbale et pour permettre de faire ressortir rapidement des hypothèses de résultats et des idées qui ne sont pas présentes ou insuffisamment détaillées dans le canevas d'entretien initial, mais qui méritent d'être développées.

Dans l'optique d'une protection des données individuelles, une anonymisation des entretiens est effectuée en renommant chaque participant respectivement par le terme « Patient » numéroté selon l'ordre chronologique de réalisation des interviews.

L'analyse des données est effectuée avec le logiciel d'analyse qualitative NVIVO 10. Le verbatim précédemment réalisé est incorporé au logiciel afin de pouvoir en effectuer le codage.

Ce logiciel a permis la création de différents nœuds selon les thèmes abordés par le guide d'entretien utilisé, et des sous-nœuds ont été créés pour chacune des informations apportées par les participants.

Un double encodage a été réalisé sur trois entretiens afin d'augmenter la force de l'étude et d'assurer la validité du codage, il s'agit de la triangulation des données.

5. RESULTATS

5.1. Analyse descriptive de la population de l'étude

Douze entretiens semi-dirigés individuels ont été réalisés de décembre 2019 à décembre 2020 par l'auteur de cette thèse.

Les participants ont été recrutés au cabinet de leur médecin, à la suite de leur participation à une consultation filmée avec l'interne.

Les entrevues ont initialement été effectuées sur place, dans un bureau mis à disposition par les MSU.

Les quatre derniers entretiens ont été réalisés par téléphone compte tenu de la situation sanitaire.

Le recrutement s'est terminé lorsque l'on obtenait une saturation de données, qu'aucune information nouvelle n'était apportée par les deux derniers entretiens.

La durée des interviews variait de 7 à 14 minutes, avec une durée moyenne de 11 minutes.

L'âge moyen des participants est de 56,6 ans, s'étendant de 31 ans à 83 ans.

La population est représentée par autant de femmes que d'hommes.

Dans l'échantillon étudié, 8 patients sur 12 sont en couple, mariés ou pacsés, 2 participants sont célibataires, 1 est veuf, 1 est divorcé.

Trois patients interrogés sont sans emploi, 4 sont retraités et 5 participants sur 12 font partie de la population active.

L'intégralité des patients rencontrés consultait leur médecin traitant habituel.

Les caractéristiques des patients sont rapportées dans le tableau d'échantillonnage suivant :

Tableau d'échantillonnage des patients

Participants	Genre	Tranche d'âge	Situation familiale	Situation professionnelle	MSU = MT	Type d'entretien	Durée en minutes
Patient 1	Homme	55-60	Célibataire	Ingénieur	Oui	Présentiel	14 min
Patient 2	Femme	55-60	Mariée	Sans emploi	Oui	Présentiel	13 min
Patient 3	Homme	80-85	Marié	Retraité	Oui	Présentiel	10 min
Patient 4	Femme	30-35	Mariée	Sans emploi	Oui	Présentiel	13 min
Patient 5	Femme	60-65	Veuve	Cadre	Oui	Présentiel	7 min
Patient 6	Homme	45-50	Marié	Cadre formation	Oui	Présentiel	9 min
Patient 7	Homme	55-60	Célibataire	Intérimaire	Oui	Présentiel	11 min
Patient 8	Femme	30-35	Pacsée	Vendeuse	Oui	Présentiel	7 min
Patient 9	Homme	70-75	Divorcé	Retraité	Oui	Téléphonique	13 min
Patient 10	Homme	65-70	Marié	Retraité	Oui	Téléphonique	10 min
Patient 11	Femme	35-40	Concubinage	Sans emploi	Oui	Téléphonique	11 min
Patient 12	Femme	75-80	Mariée	Retraitee	Oui	Téléphonique	11 min

5.2. Résultats

5.2.1. Contact avec la SODEV

5.2.1.1. *Présentation de la méthode*

◇ Qui délivre l'information ?

La majorité des patients interrogés rapporte que leur médecin leur a proposé de participer à une consultation filmée avec l'interne, en leur présentant la méthode et les objectifs de celle-ci.

Dans un des cas, le stagiaire a effectué seul la présentation de la méthode.

Pour deux autres participants, l'information a été délivrée par le médecin et le stagiaire, soit de manière conjointe, soit le stagiaire vient, par la suite, compléter la présentation faite par le médecin.

Le médecin propose à son patient de participer à une consultation filmée avec l'interne et en explique les modalités

« C'est le docteur X qui m'a expliqué cela, [...] il m'a dit « ça ne sera pas moi aujourd'hui, ça sera mon interne », il m'a dit « ça va être filmé » il m'a demandé mon accord, je lui ai dit attention je ne veux pas passer à la télé, il m'a dit que ce n'était pas le but alors j'ai accepté. »

- Patient 1

« Docteur Y m'a présenté. Il m'a juste demandé si je voulais bien que ce soit l'interne qui consulte et que je sois enregistrée. » – Patient 5

Le stagiaire propose au patient de participer à une consultation filmée avec lui

« Oui, bah la stagiaire que j'ai eu... m'a bien présenté... très aimable » – Patient 3

Le médecin et le stagiaire proposent au patient et présentent ensemble le protocole

« C'est mon docteur qui m'a présenté la méthode avec son assistante » - Patient 2

« Le docteur X au départ, puis cela a été complété par l'interne par la suite » - Patient 4

◇ **A quel moment l'information est-elle donnée ?**

Pour l'intégralité des interviewés, la participation à une consultation filmée avec l'interne a été proposée au moment de l'accueil du patient.

La méthode a été présentée juste avant la consultation

« *Au moment de la consultation* » – Patient 1

« *Juste avant de rentrer dans le cabinet* » – Patient 6

« *Le docteur m'a parlé avant que je sois en consultation avec l'interne* » – Patient 8

« *Il nous a reçu juste avant la consultation.* » – Patient 12

◇ **De quelle manière l'information a-t-elle été donnée ?**

L'information délivrée aux patients s'est principalement faite de manière orale, avec, dans certains cas l'utilisation d'un support papier résumant les caractéristiques de la méthode proposée, la fiche d'information était mise à disposition du patient.

A l'oral

« *Pour la prise de décision, c'était une information orale* » – Patient 1

« *C'était à l'oral. Il n'y avait pas de support papier* » – Patient 4

« *Il m'a expliqué ça à l'oral* » – Patient 12

Avec un support papier

« *Euh bah elle voulait que je lise le papier, j'ai survolé la feuille.* » - Patient 3

« *Il y a une feuille d'information qui explique* » - Patient 10

◇ **Nature de l'information délivrée**

Globalement, l'ensemble des participants rapporte une information rapide, claire mais suffisante, permettant de répondre à leurs éventuelles questions. Les patients sont satisfaits de la qualité de la présentation avec une bonne compréhension de la méthode. L'objectif de la SODEV semble également avoir été compris.

Quantité d'information suffisante

« Quantité minimale mais suffisante, voilà [...] moi je n'avais que deux questions, quel va être l'usage et quel devenir pour la vidéo. L'usage on vient d'en parler, la vidéo est détruite après, ça suffisait pour que j'accepte. » – Patient 1

« C'était suffisant, je n'avais pas besoin de plus d'informations » – Patient 2

« A partir du moment où on nous prévient de pourquoi, l'intérêt, qu'est ce qui est fait ensuite de la vidéo, Je pense que c'est suffisant. Je n'avais pas d'autres questions. » – Patient 4

Bonne explication de la méthode

« La réponse est oui, on m'a bien expliqué les choses » – Patient 1

« Oui, on m'a bien expliqué » – Patient 2

« Très bien, c'était bien expliqué » – Patient 10

Information rapide et claire

« Rapide mais claire » – Patient 1

« Très bonne [...] comme il m'a présenté, c'était clair » – Patient 5

« C'était bien, c'était clair » – Patient 6

Bonne compréhension de la méthode

« Il n'y a pas eu trop d'informations donc c'est clair et concis mais compréhensible » - Patient 7

« J'ai bien compris » – Patient 2

« Je n'avais pas de questions. » - Patient 8

Objectif de la méthode

« Il m'a été dit en deux phrases que le but du jeu était de pouvoir revoir la consultation avec le maître de stage, qu'ils puissent refaire la consultation ensemble pour que lui puisse lui dire, je suppose, il fallait faire ci, ça c'est bien. » - Patient 1

5.2.1.2. Décision du patient

◇ **Raisons de la participation**

Plusieurs motifs semblent avoir motivé le patient à accepter de participer à une consultation filmée avec l'interne.

L'argument principal évoqué par les participants a été celui d'aider l'interne à progresser, à s'améliorer, dans le cadre de sa formation. Deux patients ont souligné l'intérêt pour l'interne de se retrouver en autonomie pendant la consultation.

Un patient ajoute le fait que cette méthode ne porte pas atteinte à sa personne selon les conditions de réalisation expliquées. Trois patients soulignent le fait qu'ils ne voient pas de raison de refuser.

Trois patients ont accepté de participer car ils ont confiance en leur médecin, un participant précise accepter pour arranger son médecin.

Sont également évoqués le fait d'avoir déjà eu des expériences positives avec d'autres internes et pour deux patients, une familiarité avec l'outil vidéo leur permettant d'en mesurer les effets bénéfiques potentiels pour la formation de l'interne.

Aider l'interne à progresser

« A partir du moment où ça aide les gens à mieux travailler. [...] Si ça peut aider les futurs médecins » – Patient 1

« J'ai accepté pour donner la chance à l'assistante pour qu'un jour elle devienne comme mon docteur, pour s'améliorer. [...] Pour qu'elle évolue, pour qu'elle se forme. » – Patient 2

« Si ça peut faire progresser l'interne pour sa formation, c'est une bonne idée. » – Patient 4

« Ça peut aider pour la suite il n'y a pas de souci. [...] C'est important si ça peut aider pour la suite de l'interne, apporter des choses dans sa formation. » – Patient 8

Permettre à l'interne d'être autonome

« S'habituer à être seule et de consulter seule » - Patient 2

« Il m'a expliqué que ça lui permettait de débriefer après avec le stagiaire, ce que je comprends très bien, ça peut être pratique, pour le stagiaire d'être tout seul et d'être vraiment autonome » - Patient 9

Cela ne porte pas atteinte à sa personne

« Ça ne va pas à l'encontre de ce que je ne veux pas faire » - Patient 1

Ne voit pas de raison de refuser

« Je ne vois pas pourquoi j'aurai refusé » - Patient 5

« C'est surtout que je n'en voyais aucune de ne pas accepter, ça ne me posait pas de problème, rien à cacher donc euh ... » - Patient 7

« Disons que je n'avais pas de raisons de ne pas le faire. » – Patient 8

Veut arranger son médecin

« Bah parce que ça avait l'air de l'arranger tout simplement » – Patient 9

Fait confiance à son médecin

« Parce que j'ai toujours eu confiance en le Dr X » - Patient 3

« Moi vous savez je n'ai pas peur d'être filmé, il m'a demandé ça, je le connais assez bien pour lui faire confiance, donc ça s'arrête là. » – Patient 9

« On a donné notre accord tout de suite, sans aucun problème, c'est lui qui nous suit depuis plusieurs années. [...] Bah parce qu'on est rassuré avec Monsieur Y, donc on lui fait confiance. » - Patient 12

A déjà eu de bonnes expériences avec d'autres internes

« Et puis l'ambiance est bonne, c'est bien souvent ses stagiaires, ce n'est pas la première fois que j'ai affaire à ses remplaçants et tout se passe toujours très bien. » - Patient 3

A des expériences personnelles positives avec l'outil vidéo

« Ah, parce que dans le cadre de mon travail, je me sers aussi de vidéo pour filmer les gens, justement dans le cadre de formations, donc euh ce n'est pas un domaine qui est inconnu pour moi. » - Patient 6

« Et puis j'expliquais au Docteur Y que moi je fais pas mal de vélo et j'ai installé une petite caméra, c'est des techniques qui ne me sont pas étrangères on va dire. » - Patient 9

◇ **Recueil du consentement**

Concernant le consentement, tous les participants s'entendaient sur un recueil de consentement écrit, certains patients ont tout de même précisé qu'ils avaient d'abord donné leur accord oralement puis qu'ils avaient formalisé leur participation en signant une feuille de consentement.

Consentement écrit

« J'ai signé un consentement écrit avec l'interne » - Patient 1

« Elle m'a fait signer une feuille après pour le consentement. » – Patient 7

« A la fin j'ai signé un papier pour le consentement. » – Patient 11

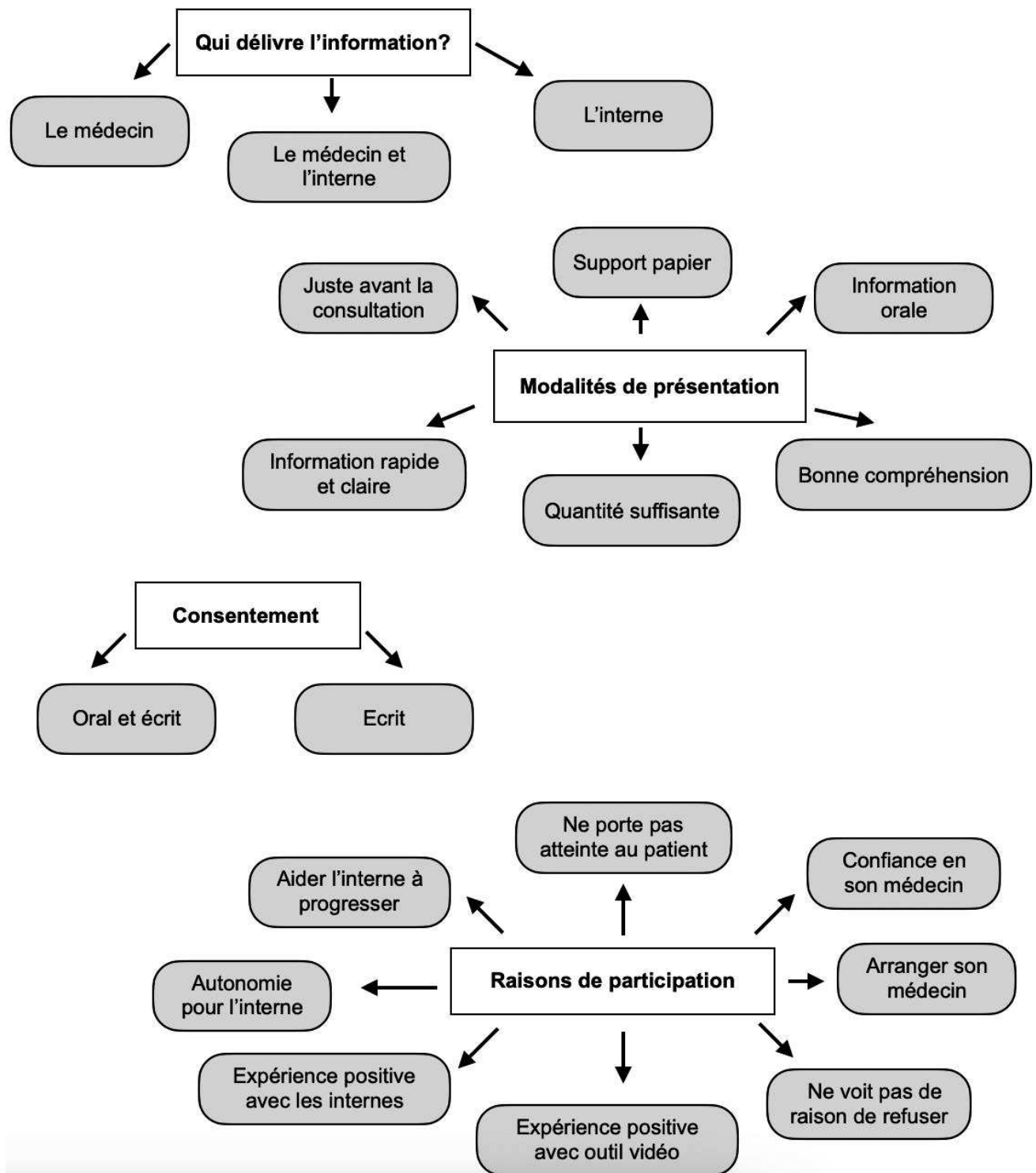
Consentement oral et écrit

« Quand je suis rentrée, j'ai donné mon accord et elle m'a fait signer le consentement. » – Patient 8

« J'ai donné mon accord à l'oral et a l'écrit puisqu'il m'a donné une feuille à signer comme quoi j'acceptais d'être filmé. » – Patient 9

« On a regardé le papier, on a dit oui et on a signé pour donner notre accord. » – Patient 12

FIGURE 2 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le contact avec la SODEV



5.2.2. Influence de la caméra sur le patient

5.2.2.1. Effet sur l'attitude du patient

Pour tous les participants, aucun impact sur leur comportement pendant la consultation n'a été rapporté. L'ensemble des patients estime s'être comporté de manière authentique.

La raison principale évoquée était le fait d'oublier très rapidement la présence de la caméra lorsque la consultation débutait, certains précisant que cela était probablement en lien avec la petite taille du matériel utilisé et le positionnement discret de celui-ci.

Beaucoup ont décrit se sentir à l'aise lors de l'expérience et ne pas avoir ressenti de gêne particulière.

Plusieurs ont précisé ignorer la caméra et qu'une fois la consultation débutée, toute leur attention était portée sur l'interne qui les recevait.

Oubli de la caméra...

« Non, j'ai oublié je savais même plus qu'elle était là, très rapidement [...] On m'avait expliqué qu'il y avait la caméra mais je ne le voyais plus. » - Patient 2

« Non, non, je vous le dis, j'ai complètement oublié qu'il y avait une caméra. » – Patient 3

« Non, pas du tout, (rires) j'avais oublié où elle était d'ailleurs » – Patient 4

« Ah bah non ça absolument pas parce que 15 secondes après je l'avais oubliée. » – Patient 9

... Facilité par la taille et le positionnement de la caméra

« Non, du tout, car, en fait elle est petite, discrète et on ne la voit pas donc faut vraiment regarder pour la voir donc euh, on sait qu'elle est là mais ... S'il y avait un gros caméscope, ça serait peut-être différent mais là, non. On ne se rend pas compte qu'elle est là. » – Patient 6

« J'ai oublié, je suis venue là pour me faire soigner et franchement, il y aurait pu avoir 15 personnes, pas de souci. La caméra est toute petite, elle n'est pas placée devant moi, elle est sur le côté donc ça joue. » – Patient 8

« On ne voyait rien donc on a vite oublié, on n'a pas vu qu'on était filmé, la caméra était discrète. » – Patient 12

Pas de gêne d'être filmé

« Ah non j'ai fait les mêmes blagues idiotes que j'aurai fait sans la caméra. Ce n'était pas un frein. » - Patient 1

« Pas du tout, parce que j'étais à l'aise. [...] J'ai trouvé ça très agréable, il n'y a pas de difficulté d'être filmé, je n'ai pas trouvé ça déroutant, c'était une consultation banale. » – Patient 5

N'a pas prêté attention à la caméra

« Je l'ai complètement ignorée. » - Patient 2

« Je ne m'en suis même pas rendu compte hein. [...] Ah oui, honnêtement, je n'ai pas eu de réaction à la chercher ou quoi que ce soit, j'ai continué ma visite comme habituellement. » – Patient 3

Attention portée sur l'interne

« À partir du moment où on a commencé à discuter, quand on a la personne face à nous, on oublie la caméra. » – Patient 4

« L'interne très agréable donc on fait plus attention à l'interne qu'à la caméra. » - Patient 5

« Je n'ai pas prêté attention, je parlais avec le docteur donc je n'ai pas prêté attention à la caméra. » – Patient 7

5.2.2.2. Effet sur les réponses apportées par le patient

Concernant ce point, les avis recueillis sont plus variés. Une majorité de patients rapportent ne pas avoir modifié son discours et les réponses données lors de la consultation pour plusieurs raisons : certains ne voient pas de raison de le changer, d'autres parce qu'ils ont oublié la caméra, deux participants ont précisé se sentir à l'aise, deux autres ont évoqué un sentiment de confiance leur permettant de se livrer naturellement. Un patient confirme que le motif de consultation, quel qu'il soit, n'a pas été impacté par la présence de la caméra.

Cependant, deux patients soulignent qu'ils n'ont pas modifié leur discours mais qu'ils ne peuvent pas se prononcer et que cela aurait pu être différent selon le motif de consultation.

N'a pas modifié son discours et ne voit pas de raison de le changer

« *Je n'avais pas de raison de changer* » - Patient 2

« *Alors pas du tout, je ne vois pas pourquoi j'aurai changé (rires)* » – Patient 5

N'a pas modifié son discours car a oublié la caméra

« *Du tout, comme en fait elle est assez discrète, on la voit au début et après on est parti dans la consultation et on y pense plus.* » - Patient 6

« *Du tout, je vous dis comme je l'ai rapidement oubliée, ça ne m'a pas du tout dérangé.* » – Patient 8

N'a pas modifié son discours car se sentait à l'aise

« *Oh non, pour moi c'était une consultation normale, j'étais très à l'aise.* » - Patient 3

« *Non, je lui ai demandé ce que je voulais et les problèmes que j'avais. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, non, non, aucun problème.* » – Patient 5

N'a pas modifié son discours car se sentait en confiance

« *Non plus, ça n'a pas changé mes réponses, j'étais en confiance.* » - Patient 2

« *Pas du tout, on s'est confié à lui comme on s'est confié à monsieur Y. C'était la première fois qu'on le voyait mais on avait confiance.* » - Patient 12

N'a pas modifié son discours indépendamment du motif de consultation

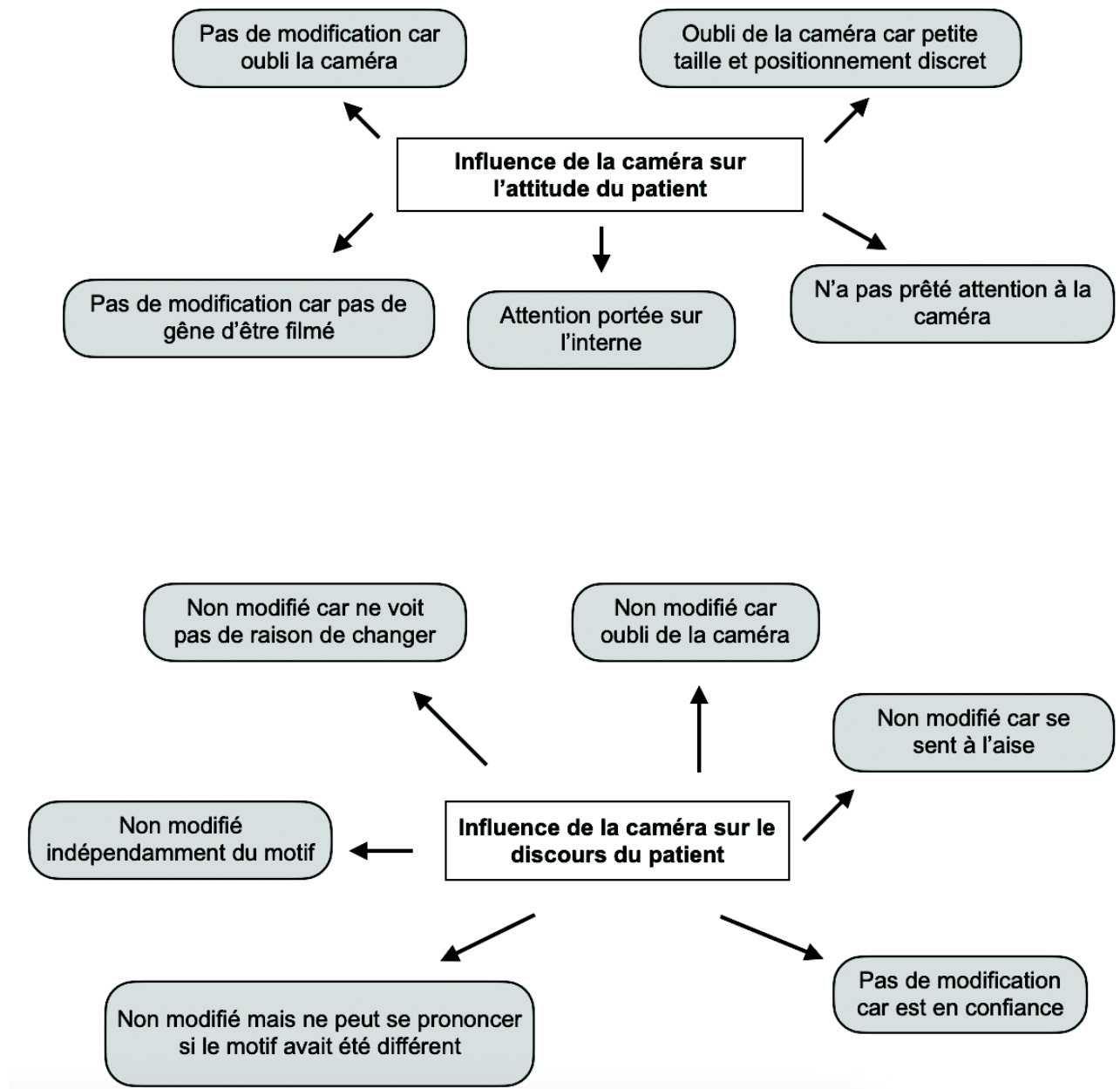
« *Ah non, non, non, absolument pas, j'ai même rigolé en lui disant de ne pas dévoiler ça à tout « Ville X ». Le motif de consultation ne m'a pas du tout freiné.* » – Patient 9

N'a pas modifié son discours mais évoque que cela aurait pu être différent selon le motif

« Ah non pas du tout, je lui ai dit tout ce que j'avais besoin de lui poser comme question, peut être que selon le motif de consultation ça aurait pu être différent. Si c'est pour une angine ça ne m'aurait pas dérangé, mais ça dépend du problème quoi. » – Patient 11

« Pas du tout, et puis c'était juste une consultation de contrôle, il n'y a rien de spécial... Je ne peux pas vous dire si j'aurais été gêné si ça avait été pour un autre motif. » - Patient 7

FIGURE 3 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation et l'impact de la caméra sur le patient



5.2.3. Influence de la caméra sur l'interne

5.2.3.1. Modification de l'attitude de l'interne

Le ressenti des patients sur le comportement de l'interne lors de la consultation filmée variait selon s'il s'agissait ou non du premier contact avec celui-ci.

En effet, plusieurs participants ne peuvent se prononcer car ils ne connaissaient pas l'interne qui les recevait, certains précisant tout de même ne pas avoir remarqué de comportement inhabituel, l'interne semblait à l'aise et agréable.

Un tiers des participants avait déjà consulté l'interne qui les recevait le jour de l'étude, et tous s'entendent pour dire qu'ils n'ont perçu aucune modification de l'attitude du stagiaire.

Le patient ne peut pas se prononcer car il s'agissait du premier contact avec l'interne rencontré

« Ne la connaissant pas je suis incapable de répondre car c'était la première fois que je la rencontrais. Ce n'est ni oui ni non, je ne peux pas dire si elle avait un comportement différent d'une référence que je n'ai pas. » – Patient 1

« Je ne peux pas comparer, je ne peux pas juger car je ne le connais pas encore. » - Patient 5

« Bah personnellement je ne la connaissais pas donc je ne sais pas si habituellement elle fait comme ça ou pas donc c'est difficile à dire » – Patient 7

Il s'agissait d'un premier contact avec l'interne mais le patient n'a pas remarqué de comportement inhabituel

« Très aimable d'un bout à l'autre. [...] Non c'était la première fois, mais comme d'habitude, pour le renouvellement de médicament, la prise de tension et m'ausculter un petit peu et voilà, comme tous les deux mois quoi... » - Patient 3

« Pas du tout, mais comme je ne le connais pas, je ne peux pas juger si son comportement était normal ou pas mais je l'ai trouvé tout à fait à l'aise. » - Patient 5

« Bah non, mais je ne le connais pas, il m'a semblé tout à fait sympathique. C'était la première fois que je le rencontrais. » - Patient 9

Le patient n'a pas remarqué de modification du comportement de l'interne l'ayant déjà rencontré

« Elle est restée pareil. Je l'avais déjà eue avant, c'est la deuxième fois que je la vois, et ça n'a rien changé, elle est comme avant » – Patient 2

« C'est la troisième fois que je la vois, on s'est vu mercredi et aujourd'hui, et je vois bien qu'il n'y a pas de changement » – Patient 4

« J'avais déjà consulté avec cet interne. Je n'ai pas du tout vu de modification de comportement. La dernière fois il était accompagné, il y avait le Docteur Y à côté. » – Patient 11

5.2.3.2. Modification de la structure de la consultation

Concernant la gestion de la consultation par l'interne, plusieurs patients ayant déjà rencontré ce même interne n'ont pas remarqué de différence avec une consultation antérieure non filmée.

Un patient rapporte que la durée a été un peu rallongée, sans lien avec la présence de la caméra, mais plutôt du fait de l'interférence du MSU pendant la consultation de l'interne. Un autre participant évoque aussi une durée plus longue de la consultation tout en précisant y trouver un aspect positif.

Les autres patients n'ayant jamais rencontré l'interne, ont tout de même évoqué ne pas avoir remarqué de différences avec les consultations habituelles faites par leur médecin. Un patient précise que la caméra ne semble pas influencer le cadre de la consultation.

Le patient n'a pas remarqué de modification du cadre de la consultation par rapport à une consultation avec ce même interne non filmée

« Je n'ai pas vu de différence sur la durée de consultation. Je n'ai pas eu l'impression qu'elle faisait différemment. » - Patient 8

« Euh, (réfléchit) la dernière fois il était avec le Docteur Y... Non, non, j'ai trouvé très bien, il n'y avait rien à dire, c'était comme la dernière fois. » – Patient 11

Le patient pense que la durée de consultation a été un peu rallongée mais sans lien avec la caméra

« La consultation a duré un peu plus longtemps car le docteur vient pour voir donc ça dure plus longtemps mais ce n'est pas la caméra qui a fait durer la consultation. » - Patient 2

Le patient trouve que la durée de consultation a été un peu rallongée mais y trouve un côté positif

« Peut-être un peu plus long mais ça a permis de voir certaines choses que je n'étais plus sûre d'avoir faites. » - Patient 5

Le patient n'a pas remarqué de modification du cadre de la consultation par rapport à une consultation habituelle

« Je n'ai pas vu de différence particulière avec le docteur Y. La consultation a duré autant de temps, l'interne était à l'aise. » – Patient 7

« Ça semblait similaire des autres consultations que j'ai l'habitude de faire avec les stagiaires du docteur » – Patient 9

« La consultation n'était pas différemment menée, c'était bien, ce n'était pas plus long. »
Patient 10

Le patient ne pense pas que la caméra influence le cadre de la consultation

« Non je ne pense pas qu'il y ait d'influence de la caméra » - Patient 1

5.2.3.3. Comparaison avec la présence du MSU en supervision directe

Sur ce point, la majorité des patients interrogés pense qu'il est bénéfique pour l'interne de se retrouver seul avec une caméra plutôt qu'avec la présence physique du MSU pendant qu'il mène la consultation.

L'interne ne semble plus occuper la place principale dans la consultation, effacé par la présence du médecin qui capte plus facilement l'attention de son patient. Cela rend l'interne moins autonome, contrairement à la présence de la caméra, qui le rend plus libre, lui permet de prendre ses propres décisions. Les patients remarquent aussi que le stagiaire est plus à l'aise, avec moins de pression liée à la présence du MSU.

Un patient souligne que les deux méthodes devraient se compléter et propose d'associer des séances de SODEV et de supervision directe avec présence physique du MSU.

L'interne n'est plus au centre de la consultation lorsque le MSU reste dans la même pièce

« Après c'est vrai que quand il est là, il y a un échange aussi avec lui, quand notre médecin est dans la pièce, on a plutôt tendance à le regarder lui, à aller vers la personne qu'on connaît plus [...] moins au centre de la consultation. » - Patient 8

L'interne est moins entreprenant lorsque le MSU reste dans la pièce

« Quand le médecin est là, on sent que l'interne est toujours dans l'attente de l'approbation du médecin qui est derrière alors qu'avec la caméra, il y va, il est en autonomie complète. » – Patient 7

« Les autres stagiaires « subissaient » un petit peu, c'est le docteur qui consultait, ils écoutaient ce que le docteur disait. » - Patient 12

L'interne est plus autonome, plus libre, prend plus de décisions avec la caméra

« Ça permet de donner plus d'autonomie au moment de la consultation » - Patient 1

« Moi je pense que c'est un avantage, je pense que quelque part ça le libère, ça lui permet donc d'être plus libre, beaucoup plus autonome » – Patient 9

« Je ne sais pas, ça l'oblige à répondre lui-même à toutes nos questions, à être autonome. [...] Je l'ai trouvé très bien, plus entreprenant. » – Patient 11

« Il était autonome. Oui je pense que c'est bien qu'il soit seul plutôt qu'avec le médecin, il se sent plus libéré, il a tout pris en main tout seul » - Patient 12

L'interne est plus à l'aise s'il est seul avec la caméra

« La caméra est minuscule, elle n'est pas omniprésente, on ne sent pas le regard, à mon avis là on peut être naturel, mais le fait d'avoir une personne en plus, c'est un peu gênant. » - Patient 4

« C'est quand même plus discret d'avoir la caméra que d'avoir le docteur derrière soit, sur son dos. Ça influence moins le comportement de l'interne. » – Patient 7

« Moi je l'ai trouvé peut-être plus à l'aise avec la caméra qu'avec le médecin dans la salle » – Patient 11

L'interne a moins de pression s'il est seul avec la caméra

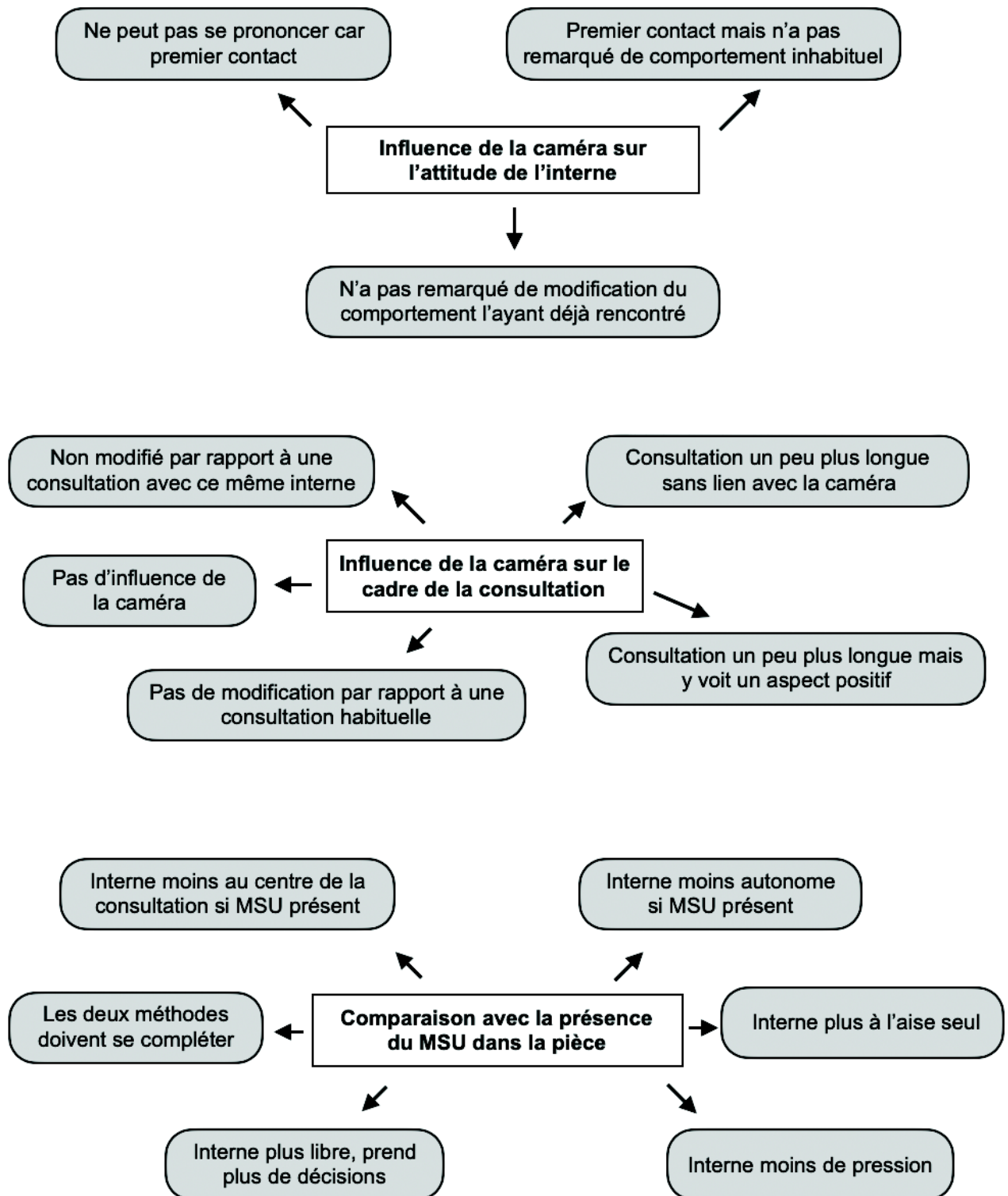
« Je pense que le fait d'avoir quelqu'un dans le dos comme ça c'est quelque chose de déstabilisant, qui va être handicapant » – Patient 4

« Je pense que lui il est plus tranquille, il n'a pas le médecin derrière lui. Il a sans doute moins de pression. » – Patient 10

Les deux méthodes doivent se compléter

« Je pense que les deux méthodes se complètent, ce que je ferai, moi, par rapport à ce que je verrai sur les vidéos, peut être que j'irai faire une séance en direct et corriger tous les petits défauts qu'on a vu sur la vidéo. » - Patient 6

FIGURE 4 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation et l'impact de la caméra sur l'interne et sa gestion de la consultation



5.2.4. Avis sur l'enregistrement de l'examen physique

5.2.4.1. Acceptable ou non ?

Nous avons cherché à recueillir l'avis des patients concernant la faisabilité de filmer l'examen physique, jusqu'à présent non réalisé selon le protocole de SODEV mis en place.

Plusieurs participants allèguent qu'ils n'auraient pas été gênés d'être filmés pendant l'examen physique.

D'autres semblent plus réticents et pensent qu'il est préférable de ne pas filmer cette partie de la consultation afin de préserver l'intimité du patient. Ils estiment qu'il s'agit d'une décision personnelle, propre à chacun et ils comprennent que certaines personnes puissent y être défavorables.

Un seul patient sur les douze interrogés signale un refus catégorique.

Un autre participant rapporte ne pas avoir remarqué que le placement de la caméra ne prenait pas en compte la table d'examen.

N'aurait pas été gêné d'être filmé pendant l'examen physique

« Moi ça ne me pose pas de problème qu'on filme » – Patient 2

« Moi ça ne me gêne pas du tout [...] moi ça ne me dérange pas du tout » – Patient 3

« Honnêtement moi ça ne m'aurait pas gêné » – Patient 9

Préférable de ne pas filmer afin de préserver l'intimité du patient

« Bah je pense que c'est en partie pour « protéger » le patient » – Patient 4

« Pour moi c'est une bonne chose de ne pas le filmer, pour préserver l'intimité. » – Patient 10

Estime que c'est une décision personnelle...

« Je pense que ça dépend de la personne, euh en ce qui me concerne, je n'aurai peut-être pas de souci, mais peut être que pour ma fille, ça ne serait pas pareil » – Patient 4

« C'est vraiment une décision personnelle » – Patient 7

... Et que certains pourraient être défavorables

« Je peux concevoir qu'il y ait des gens que ça gêne » – Patient 1

« Je dirais ça peut gêner certaines personnes car il y a une partie de nudité quand on a le torse nu [...] après je pense que pour une question de discrétion, je pense qu'il y a des gens qui ne souhaiteraient pas le faire. » – Patient 6

« Bah c'est vrai que ça peut déranger certaines personnes » – Patient 7

N'est pas d'accord avec le fait de filmer l'examen physique

« Ah, ce n'est pas du tout pareil là, euh, là je n'aurai pas été d'accord. » – Patient 5

N'a pas prêté attention au fait que l'examen physique n'était pas filmé

« Je ne m'en suis même pas aperçu, je ne me suis pas rendu compte que la caméra ne filmaient pas à cet endroit-là » – Patient 12

5.2.4.2. Intérêts de filmer l'examen physique

Lorsque l'on interroge les patients sur les avantages que pourrait apporter l'enregistrement vidéo de la partie « examen clinique », plusieurs idées ressortent.

Le premier argument évoqué est la possibilité pour le MSU d'évaluer a posteriori la qualité de l'examen physique pratiqué par l'interne, dans le but de l'aider à améliorer ses compétences.

Quatre patients rapportent que cette pratique pourrait servir de contrôle éventuel sur la consultation par le médecin afin de rattraper les oublis ou les erreurs.

Evaluer l'examen physique de l'interne...

« On peut voir si son examen est bien, si elle ausculte bien. » – Patient 2

« Ça peut être intéressant pour voir comment elle pratique les gestes » – Patient 7

« Pour l'interne, ça lui permet de voir avec son formateur après, on peut lui expliquer ce qui a été bien fait ou non, ça permet de visualiser ça entre deux personnes, et pas devant le patient. » – Patient 9

« Ça pourrait être intéressant de voir comment le stagiaire ausculte. » – Patient 12

... Et pour l'aider à améliorer ses compétences

« Tant que c'est pour aider l'assistant, il faut faire quelque chose. » - Patient 2

« Si ça peut rendre service, si c'est utile pour des personnes qui suivent des cours et qui sont en apprentissage » – Patient 3

Servir de contrôle par le MSU sur la consultation a posteriori

« Le docteur peut voir aussi si tout est bien fait. » – Patient 2

« Et ça peut montrer les erreurs éventuelles, les oublis. » – Patient 7

« Je pars du principe que ça pourrait éventuellement servir a posteriori en cas de problème grave, mais je ne suis pas du genre à poursuivre les médecins. » – Patient 9

5.2.4.3. Limites et conditions à l'enregistrement de l'examen physique

La plupart des participants notent comme limite principale à l'enregistrement de l'examen physique que la faisabilité de cette méthode dépend du motif de la consultation et de la nature de l'examen clinique réalisé.

Deux patients précisent que le secret médical doit être tenu et que l'enregistrement doit rester entre le médecin et l'interne uniquement.

Filmer l'examen physique serait possible à certaines conditions : le proposer au patient, faire un consentement à part avec un enregistrement séparé de celui de l'entretien et que le principe de pudeur soit respecté.

La décision dépend du motif de consultation et de la nature de l'examen

« Ça dépend jusqu'où va cet examen physique. Ça dépend du motif de la consultation et de l'examen. » – Patient 1

« Là, elle a pris ma tension, regardé les poumons donc là ça va mais après si c'est plus intime... ça dépend du motif de la consultation. » – Patient 5

« C'était juste une prise de tension, il n'y avait rien de très intime, c'est vrai que certaines autres consultations ça aurait pu être plus gênant » – Patient 7

L'enregistrement doit rester entre le médecin et l'interne uniquement

« Mais on ne le montre pas partout, il faut que ça reste entre le docteur et l'assistant » - Patient 2

« Selon moi, ça reste du médical, ce n'est pas diffusé partout. » - Patient 9

Proposer au patient

« On pourrait le proposer selon le motif » – Patient 7

« Le mieux c'est de proposer au patient » - Patient 11

Faire signer un consentement spécifique à l'examen physique

« Du coup, je pense qu'il faudrait aussi qu'il y a un consentement pour cette partie-là si jamais vous souhaitez filmer cette partie-là aussi ; il faudrait demander un consentement pour les deux cas, l'entretien et l'examen physique, je pense que c'est à dissocier » - Patient 4

« Le fait de faire un deuxième consentement serait pas mal. » - Patient 6

Faire deux enregistrements différents

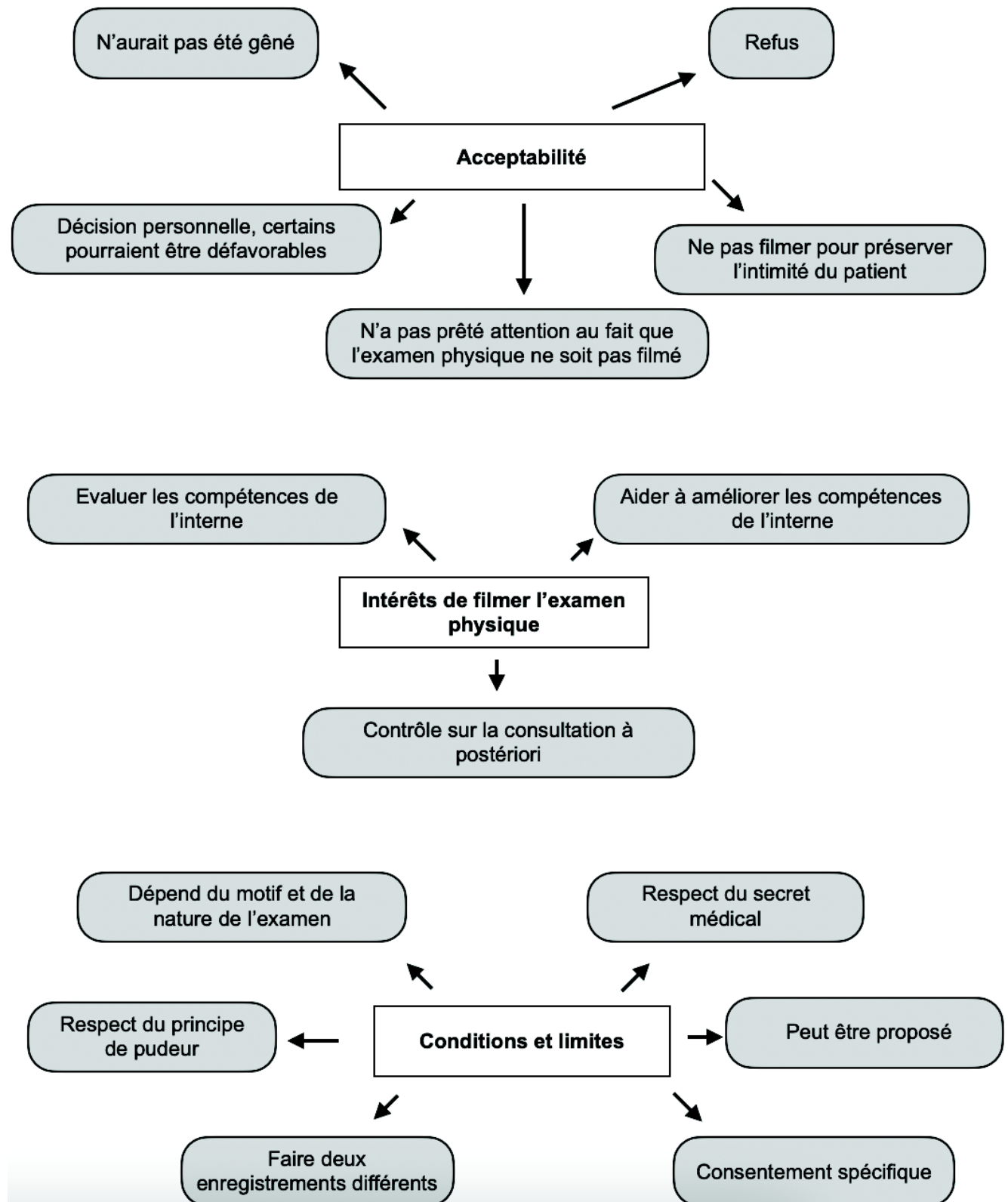
« Après je pense que c'est à dissocier de la partie, euh, consultation. Pour moi c'est une étape de la consultation qui est un peu à part. » – Patient 4

« Éventuellement, il faut faire deux enregistrements différents. » – Patient 5

Respecter le principe de pudeur

« En gros, moi ce qui m'importe, c'est qu'il faut que la pudeur soit respectée. Dans ce cas-là, je l'aurais dit, j'aurais demandé à arrêter l'enregistrement. » - Patient 1

FIGURE 5 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant l'enregistrement de l'examen physique



5.2.5. Aspect formatif de la SODEV

5.2.5.1. Rôle du patient dans la formation de l'interne

Concernant leur rôle dans la formation des futurs professionnels de santé, la majorité des patients interrogés souligne l'importance de la participation humaine dans la formation d'un médecin, certains précisent que l'apprentissage dans ce genre de profession s'effectue principalement sur le terrain.

La moitié des patients affirme se sentir investis et satisfaits de participer et d'aider les stagiaires dans leur parcours professionnel.

Un patient déclare ne pas ressentir de rôle indispensable mais précise qu'il est tout de même d'accord pour participer si on le lui propose, indépendamment de la présence ou non de la caméra.

La participation humaine à la formation d'un médecin est importante

« C'est un métier qui a un contact avec des êtres humains, donc il faut bien à un moment ou un autre il y a cette part de participation de l'humain à la formation. [...] C'est une nécessité de toute façon, il faut bien passer par là. » – Patient 1

« C'est clair que si on ne joue pas le jeu pour aider les jeunes qui démarrent, ils n'auront jamais d'expérience donc euh faut quand même pouvoir les aider » – Patient 6

« Je pense que c'est important de se laisser ausculter, tout ça, de la laisser mener l'entretien, qu'elle puisse s'investir dans la consultation, on a besoin de médecins... » – Patient 8

La formation des professionnels de santé se fait principalement en stage

« De toute manière, la formation des métiers comme ça de contact, c'est quand même plus intéressant d'avoir le médecin comme ça sur le terrain, car c'est vrai que les études à l'université c'est bien mais sur le terrain c'est quand même nettement mieux. » – Patient 7

« Étant un manuel, je comprends aussi qu'un médecin ait besoin de se faire la main donc c'est tout à fait normal qu'il s'exerce et que les patients jouent le jeu. » – Patient 9

Investi et satisfait de pouvoir aider en participant

« Je suis investi, ça ne me dérange pas de donner de mon temps pour participer à la formation du stagiaire. » – Patient 3

« Bah je pense qu'on est un peu acteur aussi de tout ça, puisqu'au final ça l'aide dans sa formation. » – Patient 4

« Je ne vais pas dire que c'est un rôle, c'est une présence, plus une participation pour l'aider, c'est une aide. Il faut bien qu'ils apprennent et qu'ils évoluent. » – Patient 5

« Moi ça m'intéresse de participer à ce genre de situation, faut bien aider les stagiaires. J'étais habitué à avoir des stagiaires de temps en temps au cabinet. » – Patient 10

Pas de rôle indispensable mais participe si on le lui propose

« Euh, Ni chaud ni froid mais tant mieux si je peux aider, mais que ce soit filmé ou non filmé, c'est déjà arrivé, j'ai déjà eu affaire à un interne. C'est indépendant de la présence de la caméra. [...] Donc j'y participe en participant à la consultation si on me le propose. » - Patient 1

5.2.5.2. Avis du patient sur l'enregistrement vidéo : ses objectifs, avantages, limites et perspectives

◇ Objectifs

Lorsque l'on interroge les participants sur les objectifs de l'enregistrement vidéo, plusieurs idées ressortent.

Selon eux, cette méthode permet à l'interne de consulter en autonomie et d'effectuer un retour avec son MSU a posteriori. Ainsi, elle offre la possibilité au MSU d'évaluer la communication et les compétences relationnelles de l'interne ainsi que sa gestion d'une consultation. Le médecin peut ensuite prodiguer des conseils et apporter des corrections dans le cadre de la formation de son interne.

Par ailleurs, l'enregistrement vidéo permet à l'interne de s'autoévaluer en visionnant la consultation afin de progresser.

Permet une consultation en autonomie suivie d'un débrief a posteriori avec le MSU

« De ce que moi j'en ai compris, ça permet deux choses : à l'interne de faire la consultation tout seul sans avoir son mentor derrière lui ou elle, et justement de pouvoir reporter à plus tard cette analyse du mentor [...] que le jugement puisse quand même être porté de manière différée moi ça me paraît très bien » - Patient 1

« Ça permet de débriefer après, de voir comment ça s'est passé, de voir s'il a oublié quelque chose, de l'aider je pense » - Patient 9

Permet une évaluation de la communication et des compétences relationnelles de l'interne par son MSU

« Bah ça rend service aux étudiants [...] La façon de se présenter vis-à-vis des patients, sa manière de parler, son comportement. » - Patient 3

« Je pense que c'est surtout pour évaluer son rapport avec le patient, son contact. » - Patient 4

« Ça permet au médecin de voir ce qu'elle aurait pu faire un peu plus ou un peu moins, plus gérer sa façon d'agir, son comportement, peut-être, pour moi c'est comme ça... » - Patient 5

Permet une évaluation de l'interne sur la gestion d'une consultation

« Je pense que c'est pour voir ensuite si la consultation a été bien menée, si les questions étaient bien ciblées donc je pense que c'est important si ensuite c'est revisionné. » - Patient 8

« Comme ça le médecin voit s'il répond bien à toutes nos questions, s'il fait les choses dans l'ordre. » - Patient 11

Permet d'apporter des corrections et de donner des conseils dans le cadre de la formation de l'interne

« Pour pouvoir porter un jugement et des conseils » - Patient 1

« Ça sert à rattraper entre guillemet les petites erreurs, enfin, perfectionner ce qui peut être fait » - Patient 4

« Moi je le vois moins comme une évaluation avec des notes mais plus comme conseils. » - Patient 9

Permet à l'interne de se revoir a postériori et de faire son auto-évaluation

« Bah je dirai côté positif ce qui est bien pour la personne qui apprend, elle se revoit et puis elle peut corriger des petites anomalies ou des défauts qu'elle a, ou que le docteur va lui dire après. » - Patient 6

« Bah l'aspect positif, c'est à dire qu'on peut revoir après coup, à tête reposée, et à plusieurs aussi, pouvoir discuter etc... parce qu'on ne voit pas directement les erreurs qu'on fait, c'est vrai que les revoir après ça peut faire sauter aux yeux certains aspects, de prendre un peu de recul. » - Patient 7

« Je pense qu'en revoyant la vidéo ça ne peut que l'aider, de se revoir, de voir comment il mène la consultation. » - Patient 10

◇ **Avantages**

Plusieurs avantages de cette méthode sont évoqués par les participants. Globalement, ils y trouvent un effet bénéfique pour l'interne et sa progression.

Certains participants soulignent que cette méthode limite un biais de mémorisation puisque l'outil vidéo permet de retranscrire à l'identique la consultation auprès du médecin.

Deux patients pensent que l'enregistrement vidéo permet une prise en charge plus efficace des patients, de gagner du temps et de libérer du temps au MSU.

Un patient évoque que le MSU peut aussi apprécier le retour des patients lorsqu'ils consultent avec l'interne.

Effet bénéfique pour l'interne et sa progression

« De ce point de vue là, cela me semble bénéfique pour l'interne. Tout est fait pour l'interne, la démarche est de faire au mieux la formation de cet interne » - Patient 1

« Non je ne vois pas, je trouve que c'est très bien, pour l'interne, lui permettre d'évoluer, du moins c'est ma façon de voir. » - Patient 5

« Je pense que ça peut être bénéfique pour l'interne et sa formation car il était tout seul, donc il devait tout gérer par lui-même. » - Patient 12

Permet de retranscrire parfaitement la consultation auprès du médecin

*« Oui c'est normal qu'il regarde la consultation comme ça c'est comme s'ils sont ensemble »
- Patient 2*

« Je pense que quand on raconte il y a forcément des détails qu'on oublie, alors que quand c'est filmé, ça nous permet de nous rappeler un point ou un autre, ce qu'il s'est réellement passé. Si l'interne se retrouve en difficulté, à un moment, va peut-être garder ça en mémoire et oublier d'autres éléments, je pense. » - Patient 4

Permet une prise en charge plus efficace et dégage du temps au médecin

« Et ça aide aussi le médecin car il peut faire autre chose en même temps » - Patient 2

« Gagner peut-être du temps dans des gestes, je ne sais pas, les questions qui viennent peut-être après, avoir une prise en charge plus efficace peut être » - Patient 4

Permet au MSU de voir si ses patients sont à l'aise avec l'interne

« Ça rassure le docteur, pour savoir si les malades se sont sentis à l'aise avec le stagiaire car il n'était pas là. » - Patient 12

◇ **Limites**

Concernant les limites de l'enregistrement vidéo, un seul retour a été fait, le participant pense que cette méthode d'évaluation ne doit pas être la seule utilisée et que le MSU doit pouvoir accompagner l'interne par d'autres moyens.

La vidéo ne doit pas être la seule méthode d'évaluation de l'interne

« Après côté négatif, je dirai qu'il ne faut pas se baser non plus que sur ça, pas que sur la vidéo, je pense que la pratique c'est bien aussi, l'accompagnement du docteur doit être un peu plus que la vidéo. » - Patient 6

◇ Perspectives

Lors de nos entretiens, un participant a émis l'idée d'élargir le champ d'action de l'outil vidéo à l'ensemble des médecins en exercice et ne pas limiter l'utilisation de cette méthode à la formation des internes.

Le patient estime que cette méthode pourrait être utilisée par tous les médecins et non uniquement les internes

« Je pense que ça pourrait être une bonne idée aussi pour les médecins déjà installés, pas forcément que pour les jeunes, mais les médecins installés depuis 30-40 ans, ils ont peut-être des automatismes et ça serait peut-être intéressant qu'ils se prêtent aussi au jeu » - Patient 4

5.2.5.3. Intérêt de la supervision par le MSU selon le patient

Nous avons interrogé les patients sur l'intérêt d'une supervision par le MSU dans le cadre de l'utilisation de la vidéo. Selon les participants, cette méthode offre plusieurs avantages en termes de supervision.

Elle permet au MSU d'observer l'interne consulter en autonomie à la différence de la supervision directe avec présence physique du médecin. Elle permet d'évaluer les capacités de l'interne notamment les compétences communicationnelles, comportementales et relationnelles.

Pour plusieurs patients interrogés, le MSU peut, grâce à la supervision, apporter son expertise, des corrections éventuelles et donner des conseils à l'interne. Certains précisent que l'utilisation de l'enregistrement vidéo n'a pas pour but de surveiller l'interne.

Deux patients notent l'importance d'effectuer une supervision directe et d'assister à la consultation, que ce soit par la présence physique du MSU ou avec l'outil vidéo.

La moitié des participants confesse se sentir rassurés par le fait que leur médecin revoit la consultation en vidéo, notamment pour un suivi médical avec leur médecin habituel et une transmission des informations, ce que soulignent trois patients.

Pour la seconde moitié des patients interrogés, revisionner la consultation ne semble pas indispensable car ils ont confiance en l'interne et ses compétences.

Le MSU observe l'interne consulter seul grâce à la vidéo

« Pour que le docteur voit ce que l'assistant fait, avec la vidéo, le docteur n'est pas là, l'assistant est seul » - Patient 2

Évaluer les compétences de l'interne

« Je dirai vraiment sur la partie formative, si le comportement est adapté, la communication avec le patient, ce genre de choses quoi » - Patient 6

« Et puis comme c'est pour une formation, ça permet de voir comment ça s'est passé. [...] Je pense que c'est important pour voir son comportement. » - Patient 7

« Pour voir s'il y a des choses qui étaient mal faites. C'est positif pour voir s'il y a des choses à améliorer. [...] plutôt pour évaluer sa pratique » - Patient 8

Apporter l'expertise du MSU pour aider l'interne

« Ça paraît même être l'élément clé, le but du jeu c'est qu'il soit là pour donner des conseils à son interne [...] C'est ce que je crois être le but d'un mentor dans la formation d'un apprenti, même si l'apprenti a déjà 8 ou 9 ans d'études, c'est toujours un apprenti. » – Patient 1

« Le docteur va le conseiller aussi [...] il peut lui dire ce qui va et ce qui ne va pas, de voir ce que je peux faire, ce que je ne peux pas faire, quel geste est bien » – Patient 2

« Qu'il la revoie pour corriger les petits défauts, voir les améliorations, ce genre de choses, voir ce qui a été, ce qui n'a pas été. » – Patient 6

Pas pour surveiller l'interne

« Je ne pense pas que ce soit pour surveiller l'interne » - Patient 4

« Je ne vois pas ça comme un contrôle de l'interne. » - Patient 6

« Ce n'est pas fait pour contrôler l'interne » - Patient 8

Le MSU doit, en direct ou en vidéo, assister à la consultation pour évaluer son interne

« Ça me paraît essentiel qu'il voit la consultation soit en direct soit en différé, sur sa manière de se présenter, et l'humain et la technique, les connaissances, les diagnostics, la prise en charge. » - Patient 1

« Ah bah oui, c'est capital, autrement il n'y a aucun intérêt à avoir une caméra si le médecin ne la revoyait pas derrière. » - Patient 7

Rassure le patient car la consultation est revue par le médecin

« Ça peut être rassurant pour certaines pathologies que le médecin revoit, pour mon cas, c'est un peu particulier car ce n'est pas une pathologie grave, une visite de contrôle donc à priori il n'y a pas de souci, mais pour certaines pathologies, d'avoir le référent qui contrôle derrière si tout s'est bien passé, ça peut être rassurant. » - Patient 7

« Ça me rassure aussi que le médecin revoit la consultation » - Patient 10

« Moi ça me rassure que le médecin revoit la consultation, parce qu'il sait quels problèmes on a. » - Patient 12

Les informations recueillies sont aussi transmises à leur médecin habituel

« Ça lui permet peut-être même sur son patient de découvrir quelque chose qu'il n'a pas l'habitude de voir. » - Patient 9

« Un suivi avec mon médecin traitant. » - Patient 10

« Ça lui permet de nous suivre. » - Patient 12

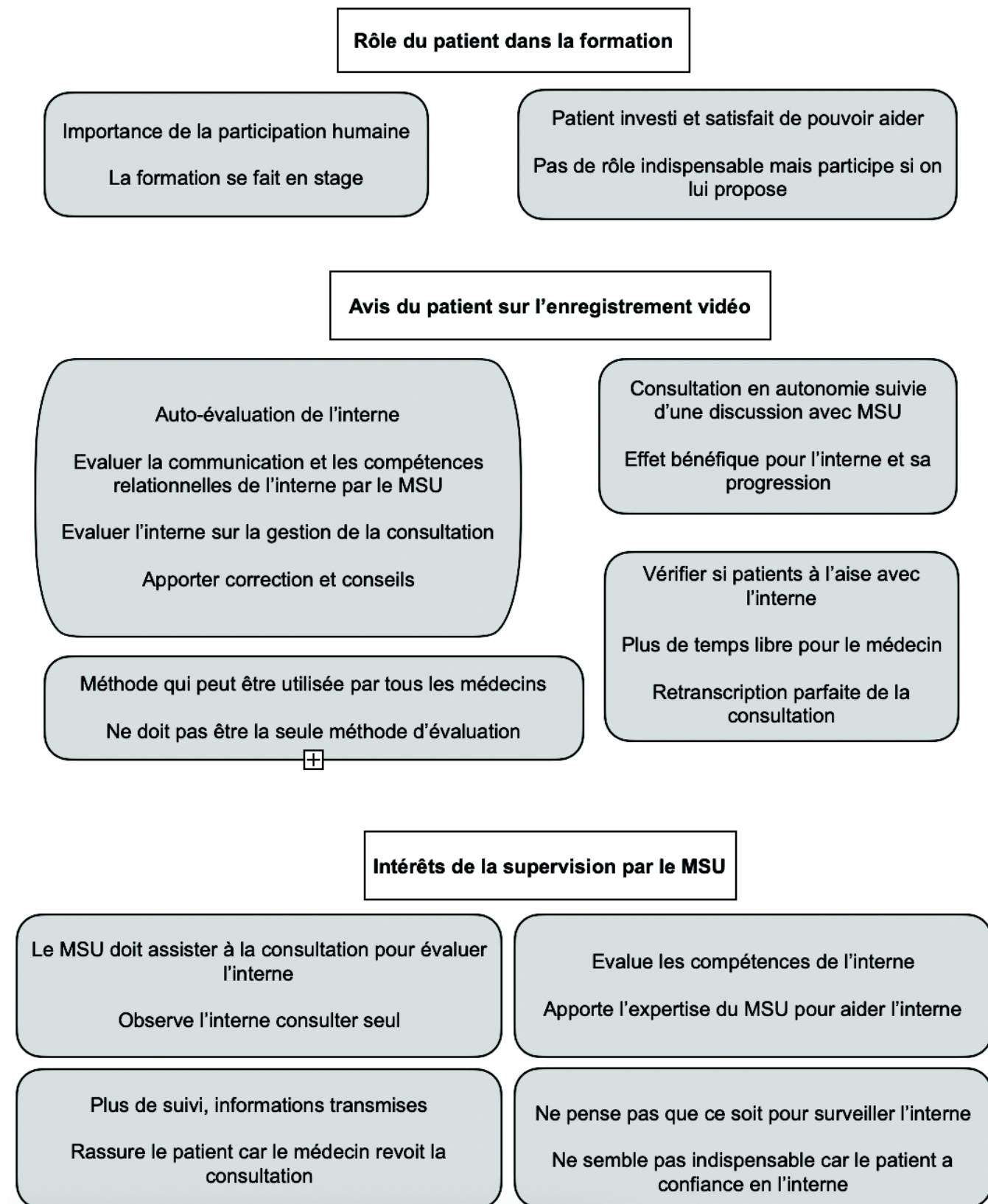
Revisionner la consultation ne semble pas indispensable car le patient a confiance en l'interne

« Je vous dis, j'ai toujours fait confiance aux personnes qui le remplaçaient, ça m'arrive d'avoir affaire à quelqu'un qui le remplace, pour moi ça n'a pas d'importance, de toute façon le docteur est là pour les chapoter. Ça ne changera rien que le docteur X revoit la consultation, pas besoin de contrôler. » - Patient 3

« Est-ce que je suis plus à l'aise de savoir que ça soit filmé ? Ça ne me change pas grand-chose, après autant d'études je pense qu'elle a déjà un certain bagage. Par rapport à cette interne en particulier, sa personnalité, j'ai remarqué que quand elle a un doute, elle pose quand même la question pour être sûre de ne pas passer à côté de quelque chose donc, euh, si elle avait un doute ou une interrogation, elle aurait posé la question. » - Patient 4

« Bah rien du tout, moi ça ne me gêne pas du tout, ça ne change pas, car il est revenu entre deux pour vérifier, pour refaire le point donc qu'il la revoie ou pas, ça ne me dérange pas du tout. » - Patient 5

FIGURE 6 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant l'aspect formatif de la SODEV



6. DISCUSSION

L'objectif de cette étude qualitative était de recueillir le ressenti des patients ayant participé à une consultation filmée dans le cadre de la formation des internes en médecine générale à Rouen.

Notre travail de recherche fait ressortir plusieurs thématiques méritant d'être développées.

6.1. Rappel des principaux résultats

Concernant la présentation de la méthode, c'est principalement le médecin qui, juste avant le début de la consultation, informe et propose au patient de participer à une consultation filmée avec l'interne. Il délivre une information orale, aidé par un support papier et le consentement du patient est donné oralement puis signé. Les participants rapportent une information rapide, claire mais suffisante permettant une bonne compréhension de la méthode et de ses objectifs.

Les patients rapportent avoir accepté pour plusieurs raisons : aider l'interne à progresser en lui donnant plus d'autonomie, car ils ont confiance en leur médecin, parfois pour l'arranger ou parce qu'ils ne voient pas de raison de refuser, parce qu'ils ont de bonnes expériences avec les internes ou l'outil vidéo et que cela ne porte pas atteinte à leur personne.

Unaniment, les patients ne rapportent pas de modification de leur comportement pendant la consultation car ils ne ressentent pas de gêne d'être filmé, ils oublient rapidement la présence de la caméra de par sa petite taille et son positionnement discret et leur attention est surtout portée sur l'interne. L'outil vidéo ne semble pas non plus influencer le discours des patients car ils se sentent à l'aise et en confiance, même si certains d'entre eux ne peuvent se prononcer s'ils avaient consulté pour un motif plus intime.

Globalement, la caméra ne semble pas avoir d'impact sur l'attitude de l'interne selon les participants ayant déjà été en contact. Ceux qui rencontrent l'interne pour la première fois ne peuvent se prononcer mais n'ont pas remarqué de comportement inhabituel.

Le cadre de la consultation est relativement similaire avec ou sans caméra, seule une durée un peu allongée a été notée par certains patients.

En comparaison avec la présence physique du MSU pendant la consultation, l'interne semble avoir moins de pression, être plus à l'aise, autonome et entreprenant lorsqu'il consulte seul avec la caméra.

Interrogés sur la faisabilité de filmer l'examen physique, les patients évoquent une décision personnelle, probablement liée au motif de consultation. Il serait envisageable de le proposer au patient, avec un consentement à part et un enregistrement spécifique, tout en respectant le secret médical et le principe de pudeur. Les patients y trouvent un intérêt dans l'évaluation et l'amélioration des compétences cliniques des internes, apportant par ailleurs un contrôle de la consultation par le MSU.

Concernant l'aspect formatif de la SODEV, les patients sont conscients de l'importance de la pratique et de la participation humaine dans la formation des futurs professionnels de santé, la plupart d'entre eux sont investis et satisfaits de pouvoir apporter leur aide en participant, lorsqu'on leur propose, à des consultations avec les internes.

L'avis des participants sur l'enregistrement vidéo est majoritairement positif permettant à l'interne de consulter en autonomie afin de progresser. En plus d'une auto-évaluation par l'interne, cette méthode permet, grâce à une retranscription parfaite auprès du MSU lors de la séance de supervision, d'évaluer la communication et les compétences relationnelles de l'interne ainsi que sa manière de conduire une consultation, d'apporter des corrections et de délivrer des conseils.

Si pour certains patients, la supervision de la consultation filmée les rassure car elle permet un contrôle par le médecin principalement dans le cadre du suivi médical, d'autres ne voient pas en cette méthode un moyen de surveiller l'interne et le fait de visualiser la consultation n'est pas indispensable car ils ont confiance en l'interne.

Les patients interrogés pensent que la SODEV apporte un bénéfice certain pour l'interne et sa formation, et que la supervision directe, par présence physique ou vidéo, est indispensable pour évaluer les capacités relationnelles et la communication des internes dans l'objectif de les améliorer.

6.2. Discussion des résultats

6.2.1. Acceptabilité des patients

6.2.1.1. Modalités de présentation de la méthode

Il s'agit de l'élément clé afin de garantir une participation élevée des patients à la SODEV. En effet, il apparaît important que le patient comprenne tous les enjeux de l'enregistrement vidéo et ce que cela implique le concernant avant d'accepter d'y prendre part.

On peut supposer que délivrer l'information de manière orale tout en s'appuyant sur un support papier augmente le taux de participation car c'est la méthode employée la plus décrite par les patients interrogés. Elle semble faciliter l'acceptation des patients. Martin et Al le décrivaient déjà dans leur étude en 1984, ils rapportaient que les patients acceptaient plus facilement lorsque la demande se faisait oralement par le médecin plutôt qu'une simple demande de signature de consentement (33).

Le temps de présentation semble lui aussi influencer sur l'acceptation des patients. En effet, l'intégralité des participants interrogés dans notre étude a rapporté une proposition juste avant la consultation. On peut se demander si une demande faite avant l'accueil du patient diminuerait le taux de participation. En 1986, Servant et Al évoquaient que 90% des patients donnaient leur accord lorsque le médecin proposait dans la salle de consultation. Ce taux descendait à 80% lorsque la proposition était faite par le personnel en salle d'attente, et il chutait à 10% quand la demande était adressée par courrier au domicile du patient (32).

Concernant la qualité de l'information délivrée, les patients de notre étude notent une information rapide, claire et suffisante permettant une bonne compréhension de la méthode et de ses objectifs. Martin et Al rapportent que, indépendamment du fait que la présentation soit faite à l'oral ou par consentement écrit, 89% des patients ont saisi l'intérêt de cette méthode et 81% allèguent avoir eu suffisamment de temps pour se faire une idée sur l'enregistrement vidéo afin de prendre leur décision (33).

6.2.1.2. Recueil du consentement

Si le moment choisi pour présenter la méthode et l'information orale semble être des éléments importants dans l'acceptation des patients, la personne qui émet la proposition représente un facteur décisif dans la prise de décision du patient.

Dans notre étude, la participation à une consultation filmée est dans la grande majorité des cas demandée par le médecin du patient. En effet, sur les 12 participants interrogés, 11 ont été sollicités directement par leur médecin, pour deux d'entre eux, l'information a été ensuite complétée par l'interne en début de consultation. Dans un seul cas, le stagiaire a proposé lui-même au patient. On ne peut conclure formellement devant un nombre limité de MSU différents rencontrés dans notre étude.

La demande a donc été faite principalement par le médecin, on peut donc s'interroger sur les raisons d'acceptation des patients. Seraient-ils moins susceptibles de refuser lorsque leur médecin leur propose ?

En 2001, Butler et al montraient que le consentement chutait de 95% à 25% lorsque la demande venait du personnel. Ils démontraient que les raisons d'une telle diminution du taux de participation étaient dépendantes du mode de recueil de consentement et de la personne qui en faisait la demande (35).

En 1995, Bain et Al remettaient déjà en cause la méthode de recueil du consentement, affirmant que les patients étaient vulnérables et n'osaient pas refuser sous la pression involontaire exercée par leur médecin lorsque ce dernier leur proposait de participer à une consultation filmée. Ils suggéraient d'ailleurs de présenter cette pratique en amont au patient afin de le laisser prendre sa décision librement (31).

Le consentement éclairé du patient apparaît primordial, le patient doit être volontaire et accepter de participer sans pression exercée par le médecin.

Nous avons donc cherché à connaître les raisons de la participation des patients à la SODEV afin d'étoffer nos connaissances sur leur motivation à participer à une consultation avec enregistrement vidéo et d'évaluer un éventuel impact du mode de recueil de consentement sur la décision du patient.

6.2.1.3. Raisons de la participation

Plusieurs motifs ont été avancés par les différents participants de notre étude.

La raison principale évoquée est celle d'aider l'interne à progresser en lui offrant plus d'autonomie. Les avantages offerts par l'outil vidéo d'un point de vue pédagogique semblent bien compris par les patients et sources de motivation pour accepter de participer à des consultations avec enregistrement vidéo.

« J'ai accepté pour donner la chance à l'assistante pour qu'un jour elle devienne comme mon docteur, pour s'améliorer. [...] Pour qu'elle évolue, pour qu'elle se forme. » – Patient 2

Philippe Rouland rapportait dans sa thèse d'exercice (23) que la participation des patients à la SODEV dans un intérêt pédagogique pour l'interne était indéniable.

Certains participants ont d'ailleurs rapporté une expérience personnelle positive avec l'utilisation de l'outil vidéo dans un cadre formatif.

« Ah, parce que dans le cadre de mon travail, je me sers aussi de vidéo pour filmer les gens, justement dans le cadre de formations, donc euh ce n'est pas un domaine qui est inconnu pour moi. » - Patient 6

Trois participants allèguent avoir fait confiance à leur médecin et un patient évoque avoir accepté pour arranger son médecin.

« Bah parce que ça avait l'air de l'arranger tout simplement » – Patient 9

Cela peut tout de même nous amener à penser que la décision de participer peut être influencée par la relation personnelle avec son médecin. Cela peut laisser sous-entendre une forme de pression involontaire exercée par le médecin lors de la demande (31,35).

Les raisons de refus n'ont pas été évoquées dans notre étude du fait que seuls les patients ayant accepté de participer à la consultation filmée ont été interrogés. Cependant, certains ont tout de même décrit des difficultés à se prononcer et émis des doutes concernant la modification de leur discours si le motif de consultation avait été

différent. On peut donc supposer que le motif de la consultation peut influencer la décision du patient.

Martin et al rapportaient d'ailleurs dans leur étude (33) que la raison principale de refus était liée au motif de la consultation et que 61% des personnes ayant refusé auraient donné une réponse positive si elles avaient consulté pour un motif différent.

Les auteurs évoquaient aussi une perte de confidentialité due à la présence de la caméra entraînant des refus de la part des patients. Cette idée n'a pas été relevée par les participants de notre étude.

6.2.2. L'avis du patient

6.2.2.1. Impact de la caméra sur le patient

Dans le cadre de ce travail, nous avons questionné les patients sur leur attitude lors de la consultation filmée.

La totalité des participants affirme ne pas avoir modifié leur comportement du fait de la présence de la caméra dans la salle de consultation.

Cela va dans le sens de ce qu'affirment Butler et al (35), les caméras et microphones n'impactent pas le comportement du patient.

Concernant l'avis des MSU et des internes sur l'impact de l'enregistrement vidéo sur le comportement des patients, les avis divergent.

Dans certaines études, 60% des internes pensent que les patients sont gênés pendant l'enregistrement (27). Pour d'autres, les MSU et internes interrogés s'entendent à dire que l'influence est minime sur l'attitude du patient (23).

Dans notre travail, plusieurs raisons ont été avancées par les participants afin de justifier l'absence de changement d'attitude lors de cette expérience.

L'argument majeur utilisé a été l'oubli rapide de la caméra, favorisé par sa petite taille et son positionnement discret. Ainsi, une fois l'enregistrement lancé et la consultation débutée, le patient ignore totalement la caméra.

« Non, du tout, car, en fait elle est petite, discrète et on ne la voit pas donc faut vraiment regarder pour la voir donc euh, on sait qu'elle est là mais ... S'il y avait un gros caméscope, ça serait peut-être différent mais là, non. On ne se rend pas compte qu'elle est là. » – Patient 6

En 1985, Herzmark montrait que 70% des patients interrogés confessaient avoir oublié la présence de l'outil vidéo (36), pourtant le format du matériel utilisé à l'époque était plus imposant.

Dans son travail, Davis RH (17) notait également que l'oubli de la caméra entraînait une non modification du comportement du patient lors de la consultation.

Certains auteurs, comme Bain et al (31), pensent que les patients se trouvent dans une position qualifiée d'inconfortable et présentent un comportement inhibé lors d'une consultation filmée.

Servant et Matheson, eux, affirment que les patients seraient mal à l'aise avec la vidéo (32).

Pourtant, plusieurs participants de notre travail ont précisé être à l'aise et ne pas s'être sentis gênés par la présence de la caméra dans la pièce.

« Pas du tout, parce que j'étais à l'aise. [...] J'ai trouvé ça très agréable, il n'y a pas de difficulté d'être filmé, je n'ai pas trouvé ça déroutant, c'était une consultation banale. » – Patient 5

Martin et al (33) notent que 11% des participants se sont sentis stressés et que 16% d'entre eux sont moins disposés à parler de problèmes embarrassants devant la caméra.

A ce sujet, l'intégralité des patients interviewés affirme qu'ils n'ont pas modifié leur discours soit parce qu'ils ont oublié la présence de la caméra, soit parce qu'ils se sentent à l'aise et en confiance.

Cependant, certains précisent qu'ils ne peuvent pas se prononcer si le motif de consultation avait été différent. Ils auraient peut-être pu être freinés par la présence de la caméra.

« Ah non pas du tout, je lui ai dit tout ce que j'avais besoin de lui poser comme question, peut être que selon le motif de consultation ça aurait pu être différent. Si c'est pour une angine ça ne m'aurait pas dérangé, mais ça dépend du problème quoi. » – Patient 11

Le principal frein à cette méthode semble donc être le motif de consultation qui peut parfois mettre le patient dans une situation moins confortable et moins propice à entrevoir l'aspect formatif de cette méthode.

6.2.2.2. Le retour des patients

Les participants interrogés dans notre travail rapportent largement un avis favorable à l'utilisation de cette méthode, peu de critiques négatives ont été énoncées lors des entretiens. On peut supposer que cela est en lien avec le fait d'interroger uniquement des patients ayant accepté de participer à une consultation avec enregistrement vidéo et qui ont donc probablement déjà un ressenti positif sur cette méthode.

Martin et al rapportaient que 69% des patients ayant laissé un commentaire libre dans le questionnaire de retour, approuvaient l'enregistrement vidéo (33).

Les patients soulignent l'importance de la pratique et de la présence humaine dans la formation des futurs professionnels de santé, comme une des raisons de leur acceptation.

« De toute manière, la formation des métiers comme ça de contact, c'est quand même plus intéressant d'avoir le médecin comme ça sur le terrain, car c'est vrai que les études à l'université c'est bien mais sur le terrain c'est quand même nettement mieux. » – Patient 7

Leur participation à la formation semble être source de motivation et de satisfaction.

« Moi ça m'intéresse de participer à ce genre de situation, faut bien aider les stagiaires. J'étais habitué à avoir des stagiaires de temps en temps au cabinet. » – Patient 10

Philippe Rouland avait d'ailleurs recueilli le ressenti de plusieurs MSU qui notaient l'aspect gratifiant pour les patients de participer à la formation des internes, ce qui expliquait en partie leur participation à l'expérience de la SODEV (23).

Un autre intérêt de cette méthode perçu par le patient est celui du contrôle de la consultation. En effet, plusieurs participants rapportent être rassurés par le fait que leur médecin va revoir la vidéo et donc la consultation qui a été réalisée par l'interne.

Alors que certains ne pensent pas que cela soit indispensable car ils ont confiance en l'interne, d'autres évoquent tout de même un sentiment de sécurité offert par l'enregistrement vidéo. En effet, ils précisent que cette méthode permet d'éviter les éventuelles erreurs, d'apporter si besoin des corrections, tout en soulignant aussi qu'elle garantit aussi une bonne transmission des informations médicales et assure un suivi avec le médecin traitant qui n'a pas participé directement à la consultation de son patient.

« Ça peut être rassurant pour certaines pathologies que le médecin revoit, pour mon cas, c'est un peu particulier car ce n'est pas une pathologie grave, une visite de contrôle donc a priori il n'y a pas de souci, mais pour certaines pathologies, d'avoir le référent qui contrôle derrière si tout s'est bien passé, ça peut être rassurant. » - Patient 7

Cette idée est d'ailleurs évoquée dans différents travaux, les MSU interrogés perçoivent chez leurs patients cette notion de contrôle sur la consultation qui les rassure et qui peut les conforter dans leur acceptation de participer à cette méthode (21,23).

6.2.3. Impact de la SODEV sur l'interne

6.2.3.1. Influence sur le comportement de l'interne

Dans notre travail, une partie des participants rencontre pour la première fois l'interne, il est donc difficile pour eux d'évaluer si la présence de la caméra a un impact sur leur comportement. Toutefois, ils n'ont pas observé de comportement inhabituel.

Un tiers des personnes interviewées a cependant déjà consulté l'interne qui les reçoit le jour de l'étude. Tous s'entendent à dire que l'attitude de l'interne n'a pas été modifiée par l'enregistrement vidéo de la consultation.

« C'est la troisième fois que je la vois, on s'est vu mercredi et aujourd'hui, et je vois bien qu'il n'y a pas de changement » – Patient 4

Martin et al retrouvent dans leurs travaux que 95% des patients n'ont pas perçu de modification du comportement du médecin en lien avec la présence de la caméra dans la salle de consultation (33).

Cela rejoint l'avis d'Eeckhout qui, dans son travail, rapporte un ressenti majoritairement favorable des internes à l'utilisation de l'enregistrement vidéo et deux tiers d'entre eux affirment ne pas perdre en authenticité et en spontanéité avec la présence de la caméra (27).

Dans une revue de littérature sur l'enregistrement vidéo en consultation, Hammoud et al notent eux aussi que le ressenti du stagiaire est principalement favorable à l'utilisation de cette méthode (37).

D'autres travaux qui se sont intéressés au comportement des internes lors de l'utilisation de la SODEV vont dans ce sens.

Dans sa thèse d'exercice, Philippe Rouland rapporte un oubli rapide de la caméra par l'interne (23). On peut donc penser que comme nos patients interrogés le décrivent, la présence de la caméra tend à se faire oublier rapidement, probablement du fait de sa petite taille, permettant ainsi aux différents protagonistes de rester authentiques et de ne pas modifier leur comportement.

Dumange, Houdusse et De Jongh décrivent que les internes semblent s'adapter à l'outil vidéo et sont de plus en plus à l'aise suite à une utilisation répétée (22,29,30).

Dans Pédagogie Médicale, Turgeon s'intéresse au ressenti d'une ex-résidente au sujet de son vécu sur la supervision vidéo et conclut que l'anxiété de performance présente en début d'utilisation, tend à disparaître au fur et à mesure des enregistrements (25).

6.2.3.2. Influence sur la gestion de la consultation

Concernant le cadre de la consultation, la plupart des participants n'ont pas noté de différence avec une consultation habituelle, en comparaison avec une consultation de leur médecin traitant ou avec ce même interne. La caméra ne semble pas avoir eu d'influence à ce niveau.

« Je n'ai pas vu de différence particulière avec le docteur Y. La consultation a duré autant de temps, l'interne était à l'aise. » – Patient 7

« Je n'ai pas vu de différence sur la durée de consultation. Je n'ai pas eu l'impression qu'elle faisait différemment. » - Patient 8

Ces résultats sont concordants avec ceux de Herzmark qui a interrogé 295 patients et dont la majorité estime qu'il n'y a pas d'effet de la caméra sur la consultation et pense que la qualité de la consultation n'est pas altérée par l'enregistrement vidéo. L'attention portée au patient par le médecin ainsi que la quantité d'information donnée ne semble pas modifiée également (36).

Deux patients ont rapporté une durée de consultation un peu plus longue. Pour l'un des participants, cela n'est pas en lien avec la présence de la caméra mais plutôt des interférences externes à la consultation, pour l'autre, le lien avec la caméra n'a pas été clairement exprimé mais le patient précise qu'il s'agit d'un point bénéfique car cela lui a permis d'avoir une consultation plus complète.

« Peut-être un peu plus long mais ça a permis de voir certaines choses que je n'étais plus sûre d'avoir faites. » - Patient 5

On peut penser que dans un souci d'anxiété de performance, l'interne cherche à être le plus efficace possible et mobiliser le plus de compétences possibles sachant que l'enregistrement vidéo servira de support à son évaluation par le MSU. Cette volonté de bien faire peut tendre à augmenter la durée de consultation par rapport à une consultation usuelle non filmée.

6.2.3.3. Alternative à la présence physique du MSU en supervision directe

Les patients estiment qu'il est important que le médecin assiste à la consultation afin d'évaluer l'interne, sa communication et son rapport avec les patients.

« Ça me paraît essentiel qu'il voit la consultation soit en direct soit en différé, sur sa manière de se présenter, et l'humain et la technique, les connaissances, les diagnostics, la prise en charge. » - Patient 1

La SODEV peut donc être une alternative à la supervision directe par présence physique du MSU largement utilisée principalement en stage de premier niveau et début de SASPAS afin d'évaluer la communication et les compétences relationnelles de l'interne.

L'enregistrement vidéo semble présenter plusieurs avantages décrits par les personnes interrogées dans notre travail.

Les patients évoquent que la présence physique du MSU en supervision directe rend l'interne plutôt spectateur qu'acteur de la prise en charge du patient. Les patients ont tendance à capter l'attention de leur médecin plutôt que celle de l'interne.

« Après c'est vrai que quand il est là, il y a un échange aussi avec lui, quand notre médecin est dans la pièce, on a plutôt tendance à le regarder lui, à aller vers la personne qu'on connaît plus [...] moins au centre de la consultation. » - Patient 8

Selon les patients, l'outil vidéo offre au stagiaire plus d'autonomie, il se sent plus libre, il est plus directif et prend plus de décisions.

« Quand le médecin est là, on sent que l'interne est toujours dans l'attente de l'approbation du médecin qui est derrière alors qu'avec la caméra, il y va, il est en autonomie complète. » – Patient 7

Les participants notent un impact moindre de la caméra sur l'aisance de l'interne car il consulte seul et ne ressent aucune pression qui pourrait être exercée par son MSU.

« La personne physique dans la pièce, on la sent plus, je pense que le médecin même s'il est discret, on ne le l'oubliera jamais quoi alors que la caméra on finit par l'oublier. » – Patient 7

« Moi je l'ai trouvé peut-être plus à l'aise avec la caméra qu'avec le médecin dans la salle » – Patient 11

C'est d'ailleurs ce que relèvent différentes études (21,23,28) estimant que la présence de la caméra est facilement oubliée et qu'elle est perçue par l'interne comme moins pressante en comparaison avec la présence du MSU dans la salle de consultation.

Les patients interrogés n'ont pas rapporté d'effet de la présence physique du MSU sur leur propre comportement. Dans la littérature, Pringle et al concluent que l'enregistrement vidéo provoque moins de stress pour le patient que la présence d'un deuxième médecin (38).

La SODEV semble donc être une alternative à la supervision directe par présence physique du MSU avec un effet bénéfique sur l'interne mais aussi sur le patient.

6.2.4. Intérêts pédagogiques de la SODEV

6.2.4.1. Intérêt sur la communication

Lorsqu'on les interroge à ce sujet, les internes rapportent un besoin d'être formés en matière de communication (23,28).

Les participants de notre étude déclarent que l'enregistrement vidéo permet d'évaluer les compétences relationnelles et communicationnelles des stagiaires dans le but de les améliorer.

« Bah ça rend service aux étudiants [...] La façon de se présenter vis-à-vis des patients, sa manière de parler, son comportement. » - Patient 3

Verby et al ont comparé deux groupes de médecins, un groupe bénéficiant de la supervision vidéo et l'autre non, ils ont montré une amélioration des capacités de communication chez les praticiens ayant utilisé l'outil vidéo (39).

Maguire et al vont plus loin et affirment que les bénéfices obtenus par l'utilisation de cette méthode persistent plus longtemps. Ils ont démontré que sur un groupe de médecins psychiatres ayant intégré au cours de leur cursus des séances de supervision vidéo, l'amélioration des compétences est toujours perceptible 6 ans après la fin de leur formation (14).

Dans notre travail, les patients évoquent également que la SODEV permet d'évaluer la gestion de la consultation, la manière de l'organiser et de gérer l'entretien.

« Je pense que c'est pour voir ensuite si la consultation a été bien menée, si les questions étaient bien ciblées donc je pense que c'est important si ensuite c'est revisionné. » - Patient 8

L'amélioration des compétences en matière d'interview médicale notamment a été décrite dans différents travaux.

En 1977, Cassata et al ont utilisé cette technique qui avait pour objectif de faire progresser les résidents en médecine familiale sur leurs facultés à mener un entretien médical (18). Cette méthode a également été utilisée dans le même but par Chou et

al en 2002 avec un programme de critique de groupe de pairs sur bande vidéo (40) et Lane et al en 2004 retrouvent une progression significative des étudiants concernant l'entrevue médicale grâce à l'outil vidéo (41).

Globalement, les patients interviewés trouvent que l'utilisation de cette méthode, même si elle ne doit pas être la seule manière d'évaluer l'interne, reste bénéfique pour ce dernier dans le cadre de sa formation.

« De ce point de vue là, cela me semble bénéfique pour l'interne. Tout est fait pour l'interne, la démarche est de faire au mieux la formation de cet interne » - Patient 1

Selon Eeckhout, les MSU et internes interrogés estiment que l'intérêt pédagogique et l'efficacité de la SODEV sont sous-estimés dans l'apprentissage de la communication (27).

6.2.4.2. Auto-évaluation

L'avantage en termes d'auto-évaluation qu'offre la SODEV a été noté par une partie des personnes interrogées dans notre travail.

En effet, elles comprennent l'intérêt de l'enregistrement vidéo qui offre la possibilité à l'interne de se revoir a posteriori, plus à distance de l'action. Cela permet à l'interne de prendre du recul sur la consultation et de mettre en exergue des éléments qu'il ne peut que difficilement percevoir le moment présent.

« Bah l'aspect positif, c'est à dire qu'on peut revoir après coup, à tête reposée, et à plusieurs aussi, pouvoir discuter etc... parce qu'on ne voit pas directement les erreurs qu'on fait, c'est vrai que les revoir après ça peut faire sauter aux yeux certains aspects, de prendre un peu de recul. » - Patient 7

En 1985, Kleffner montrait que les universités québécoises utilisaient déjà cette méthode avec des caméras VHS et en mesuraient les bienfaits sur l'auto-apprentissage des étudiants (42).

90% des internes interrogés par Eeckhout rapportent une amélioration de leurs propres compétences en termes de communication à travers l'observation et l'auto-évaluation (27).

Les résultats de De Jongh viennent conforter l'idée que l'enregistrement vidéo permet aux internes de porter un jugement sur leur propre pratique et de mesurer leurs forces ainsi que leurs lacunes (22).

La connaissance de soi est aussi manifestée par l'ex- résidente interrogée par Turgeon dans son travail publié dans Pédagogie Médicale en 2001. Elle rapporte un développement de l'identité professionnelle en y intégrant des éléments personnels dont elle prend conscience grâce à la vidéo. Elle peut ainsi développer son style d'intervention, déterminer ses zones de confort ou au contraire ses limites, à force de s'observer (25).

Plusieurs travaux de thèse rapportent l'intérêt de la SODEV dans l'auto-évaluation des internes (23,28,29) même si pour les internes et les MSU interrogés, la nécessité d'y associer une évaluation par le MSU semble primordiale afin de corriger l'analyse portée par l'interne, qui peut être biaisée.

6.2.4.3. Hétéro-évaluation

Même si certains patients interrogés n'attendent pas de l'enregistrement vidéo qu'il soit forcément revu par le médecin car ils ont confiance en l'interne et ses compétences, d'autres soulignent l'intérêt et l'importance pour le MSU de revoir la consultation réalisée par l'interne.

« Ça paraît même être l'élément clé, le but du jeu c'est qu'il soit là pour donner des conseils à son interne [...] C'est ce que je crois être le but d'un mentor dans la formation d'un apprenti, même si l'apprenti a déjà 8 ou 9 ans d'études, c'est toujours un apprenti. » – Patient 1

En effet, il apparaît primordial que le MSU puisse, grâce à l'outil vidéo, observer son interne seul.

« Pour que le docteur voit ce que l'assistant fait, avec la vidéo, le docteur n'est pas là, l'assistant est seul » - Patient 2

Parmi les différents outils pédagogiques dont dispose le MSU pour évaluer son interne, la SODEV est décrite dans Pédagogie Médicale par Marc Vidal comme une « technique objective » de supervision directe (7).

La supervision va ainsi permettre au MSU d'évaluer les compétences de son interne et d'apporter des prescriptions pédagogiques.

« Et puis comme c'est pour une formation, ça permet de voir comment ça s'est passé. [...] Je pense que c'est important pour voir son comportement. » - Patient 7

« Qu'il la revoit pour corriger les petits défauts, voir les améliorations, ce genre de choses, voir ce qui a été, ce qui n'a pas été. » – Patient 6

L'auto-apprentissage initié par l'interne sera encore amélioré s'il est couplé à une séance de rétroaction dans un but pédagogique (37).

L'outil vidéo semble être un support efficace qui participe à la qualité de la supervision (43–45).

Les patients interviewés évoquent d'ailleurs cette idée, car l'enregistrement vidéo permet une retranscription parfaite de la consultation.

« Je pense que quand on raconte il y a forcément des détails qu'on oublie, alors que quand c'est filmé, ça nous permet de nous rappeler un point ou un autre, ce qu'il s'est réellement passé. Si l'interne se retrouve en difficulté, à un moment, va peut-être garder ça en mémoire et oublier d'autres éléments, je pense. » - Patient 4

Ainsi, la SODEV, contrairement à la supervision indirecte, limite les biais de mémorisation lors des séances de rétroaction tout en permettant d'évaluer les compétences relationnelles, la communication et les différentes techniques d'entretien.

En 1995, Campbell et al décrivaient la SODEV comme une méthode d'évaluation fiable de l'étudiant, permettant de juger si le niveau de compétences requis est atteint et ainsi d'améliorer la confiance du MSU envers son interne (46).

Eeckhout montrait lui aussi une supériorité d'une rétroaction avec support vidéo par rapport à un feedback narratif de la consultation par l'interne (27).

Les patients interrogés pensent que cette méthode est bienveillante, ils précisent même que l'enregistrement vidéo n'a pas pour vocation de surveiller l'interne en consultation mais plutôt un moyen pour lui de progresser.

« Je ne vois pas ça comme un contrôle de l'interne. » - Patient 6

Cette notion importante de bienveillance est évoquée dans le travail de Turgeon, il note que la supervision doit être adaptée et qu'il faut instaurer un climat de confiance entre les étudiants et les superviseurs (25).

Eeckhout notait d'ailleurs dans son étude que deux tiers des internes interrogés ne trouvaient pas l'évaluation par leurs superviseurs déplaisante (27).

6.3. Discussion de la méthode

6.3.1. Forces de l'étude

6.3.1.1. Intérêt de l'étude

L'utilisation de la SODEV tend à se développer, notamment en France et l'avis des patients reste primordial pour une bonne utilisation de cet outil pédagogique.

Très peu de données bibliographiques concernant l'acceptabilité des patients et leur ressenti sont actuellement disponibles et les différents travaux menés rapportent des résultats parfois contradictoires (31–33,35,46).

Ainsi, ce sujet trop peu exploré m'a semblé pertinent à traiter et a suscité de l'intérêt pour mon travail de thèse.

6.3.1.2. Choix du type d'étude

L'étude qualitative permet au travers d'entretiens de recueillir le ressenti et l'avis des patients ayant participé à une consultation filmée dans le cadre de la SODEV. Cette

méthode est celle qui permet de répondre à l'objectif de l'étude, offrant la possibilité au patient de livrer ses réflexions et son retour d'expérience sur la SODEV et l'utilisation de l'outil vidéo en consultation de médecine générale.

6.3.1.3. Entretiens semi-dirigés directement après l'expérience

Le choix de réaliser des entretiens semi-dirigés s'est avéré efficace car l'interviewer aborde les différents thèmes à étudier en suivant son guide d'entretien, tout en permettant aux patients de s'exprimer librement, de se livrer sans restriction et d'apporter une quantité d'informations non limitée favorisant la multiplicité et la diversité des idées recueillies.

Les entretiens ont été réalisés directement à la suite de l'expérience avec l'outil vidéo afin de limiter un éventuel biais de mémorisation de la part des participants et d'obtenir le ressenti immédiat des patients.

La retranscription des entretiens a été effectuée le jour même afin de ne perdre aucune information et de permettre d'adapter le canevas en intégrant des thématiques abordées semblant pertinentes et à développer.

6.3.1.4. Double encodage

Un double encodage a été réalisé par un intervenant externe au travail de recherche sur un quart des entretiens permettant la triangulation des données afin de renforcer la validité interne de l'étude et de limiter les biais d'investigation.

6.3.2. Faiblesses de l'étude

6.3.2.1. Participation et durée d'entretiens

Peu de MSU ont répondu à la lettre d'information envoyée, ainsi 12 entretiens avec des patients ont été réalisés. Il s'agit peut-être d'une difficulté d'organisation de la séance de la SODEV à coordonner avec la réalisation des entretiens ou une capacité d'accueil limitée au cabinet afin de recevoir les patients.

De plus, la situation sanitaire a probablement compliqué le bon déroulement de la SODEV sur la période étudiée, ce qui entraîne des répercussions sur le recrutement de notre population.

Par ailleurs, on note une durée moyenne d'entretien de 11 minutes, avec une durée minimale de 7 minutes pour deux entretiens contre 14 minutes pour l'entretien le plus long.

Plusieurs pistes sont évoquées pour expliquer cette durée moyenne qui constitue la limite principale de notre étude.

La barrière de la langue entraînant une compréhension difficile des questions et des réponses brèves a limité la durée d'un des entretiens les plus courts.

A cela s'ajoute probablement une méconnaissance des patients interrogés concernant les différentes méthodes d'évaluation des internes lors de leur stage de médecine générale. On peut supposer que cela limite le développement de certaines idées concernant la supervision de l'interne grâce à l'outil vidéo, sans élément de comparaison.

Par ailleurs, les conditions de réalisation des entretiens ont pu influencer sur le temps accordé à l'entretien. La volonté d'interroger les participants à la suite de leur consultation permettait de limiter le biais de mémorisation et une perte de vue de l'échantillon.

Cependant, certains patients n'étaient pas dans des conditions optimales pour accorder un temps plus long à l'entretien. Ainsi, leur état de santé au moment de l'interview et la succession « temps d'attente en salle d'attente, consultation avec l'interne puis participation à notre étude » demandaient une disponibilité importante.

Peut-être aurait-il fallu envisager un entretien plus à distance selon la disponibilité du patient, au risque de voir un taux de participation plus faible ou alors réaliser un second entretien téléphonique différé afin de compléter le recueil de données.

6.3.2.2. Saturation de données

La saturation de données a été atteinte au bout de 10 entretiens, nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires afin de vérifier qu'aucune information nouvelle n'était évoquée. On note une richesse des résultats qui contraste avec une suffisance de données atteinte rapidement. Cela mériterait peut-être de retravailler le guide d'entretien si l'étude devait être réitérée.

6.3.2.3. Recrutement de la population

On peut supposer qu'il existe un biais de sélection lors de la constitution de notre échantillon. En effet, les participants ont été choisis directement au cabinet juste après leur consultation filmée. Les patients ayant donné leur accord pour participer à la SODEV, on peut penser qu'ils ont un avis plutôt positif sur cette méthode.

De même, tous les participants consultaient au cabinet de leur médecin traitant habituel, leur relation privilégiée a pu influencer sur la décision de participer à la SODEV.

On remarque tout de même que notre échantillon présente des profils variés en termes de données démographiques, autant d'hommes que de femmes, différentes situations socio-professionnelles. La diversité de la population assure une multitude de données recueillies et donc une richesse du verbatim.

6.3.2.4. Biais liés à l'interviewer

On peut évoquer un biais d'investigation dans notre étude dans la mesure où il s'agit d'une première expérience en recherche qualitative pour l'auteur de cette thèse. On note un manque de connaissances initiales au sujet de la recherche qualitative et de son fonctionnement, pouvant altérer la pertinence des relances et la gestion de l'entretien. Au fur et à mesure de la réalisation des interviews, un gain en assurance et une bonne maîtrise du guide d'entretien ont permis de limiter ce biais.

Il peut exister par ailleurs un biais de subjectivité, de par la réalisation de l'ensemble des entretiens par un seul interviewer.

Les questions de relance utilisées ont pu involontairement influencer ou orienter certaines réponses selon l'opinion personnelle de l'enquêteur concernant la SODEV. Ce biais a été limité par la neutralité des questions du canevas et par le choix de mener des entretiens semi-dirigés qui permettent de laisser libre cours à la pensée des interviewés.

6.4. Perspectives

Ce travail permet d'appuyer l'utilisation de la SODEV comme outil pédagogique dans le cadre de la formation des internes de médecine générale. Le ressenti global des patients interrogés est favorable à son utilisation dans l'intérêt de l'interne et de sa formation tout en préservant les patients. Le protocole mis en place par le DUMG de Rouen semble convenir aux patients interrogés dans ce travail.

6.4.1. Développement de la SODEV

Les bénéfices apportés par la SODEV sont remarqués par les internes et les MSU qui l'utilisent déjà et ils sont aussi compris et exprimés par les patients qui acceptent de participer au protocole proposé dans le cadre de la formation des internes de médecine générale à Rouen.

Les différents travaux réalisés devraient permettre une généralisation de son utilisation à l'échelle nationale dans les différents DUMG de France car il représente un outil pédagogique fiable pour évaluer et enseigner la communication et les capacités relationnelles des internes.

On peut donc aisément penser que cette méthode peut être déclinée à tous les niveaux de formation des futurs professionnels de santé où la maîtrise de la communication apparaît essentielle à la bonne pratique de la médecine.

Il faudrait bien évidemment adapter le protocole en fonction du niveau de l'étudiant et des compétences à évaluer. On peut imaginer cibler la partie présentation et anamnèse pour les externes et une mise en place intégrale dès les stages de premier niveau.

L'utilisation de l'outil vidéo peut également trouver sa place dans les stages hospitaliers. En effet, la mise en place d'un protocole et d'un dispositif d'enregistrement semble réalisable dans les hôpitaux. Elle peut servir de moyen d'évaluation des étudiants en médecine mais aussi des autres professionnels paramédicaux.

Comme le propose un participant de notre étude, on peut imaginer une extension de l'utilisation de la SODEV à l'ensemble des médecins dans le cadre de la formation continue, en auto-évaluation seule ou couplée à une hétéro-évaluation dans des groupes de pairs.

« Je pense que ça pourrait être une bonne idée aussi pour les médecins déjà installés, pas forcément que pour les jeunes, mais les médecins installés depuis 30-40 ans, ils ont peut-être des automatismes et ça serait peut-être intéressant qu'ils se prêtent aussi au jeu » - Patient 4

6.4.2. Protocole de présentation en amont pour le patient ?

Même si la motivation des patients à participer à ce genre d'expérience semble être principalement celle d'aider l'interne et de contribuer à sa formation, il faut s'assurer d'un consentement éclairé de la part des patients.

Afin de limiter le risque d'exercer sur eux une pression involontaire lorsque le médecin propose l'enregistrement vidéo de la consultation, on peut envisager la mise en place d'un protocole de présentation de la SODEV afin que l'information soit délivrée de manière claire et complète en amont de la consultation. Le patient pourra ainsi prendre sa décision sans être influencé par son médecin et par la relation qu'il entretient avec ce dernier.

On pourrait par exemple créer des créneaux de consultation dédiés à la SODEV, créneaux proposés aux patients au moment de la prise de rendez-vous. Une fiche d'information détaillée sur le déroulement et les objectifs pédagogiques de la SODEV leur sera remise.

6.4.3. Filmer l'examen physique ?

Jusqu'alors exclu des différents protocoles de SODEV, nous avons cherché à recueillir l'avis des patients concernant la faisabilité d'un enregistrement vidéo de la partie « Examen physique ».

On retrouve dans la littérature un avis plutôt défavorable des MSU mais un intérêt et une demande de la part de certains internes afin d'évaluer et d'améliorer leurs compétences cliniques (2,23).

Selon la majorité des patients interrogés dans notre travail, il serait possible d'envisager cette pratique mais selon un protocole encadré avec pour mot d'ordre le respect de l'intimité et du principe de pudeur.

Ils y voient un intérêt pédagogique incontestable dans l'évaluation des gestes et pratiques de l'interne, ainsi qu'un moyen de contrôle sur la consultation.

Ils estiment cependant qu'il s'agit d'une décision personnelle et dépendante du motif de consultation. La mise en place d'un tel protocole nécessiterait un consentement spécifique et un enregistrement dissocié.

Si l'utilisation de la SODEV s'avère utile pour évaluer les compétences cliniques des internes, la mise en place de cette pratique se devrait d'être parfaitement encadrée d'un point de vue légal afin de garantir la protection des patients.

Il faut donc s'interroger sur la pertinence de l'utilisation d'une telle méthode d'évaluation pour ce genre de compétences, peut-être moins impactées par la supervision directe par présence physique du MSU, contrairement à la communication.

L'étude qualitative permet de dégager et de regrouper un certain nombre d'idées qui émanent des entretiens réalisés. Ainsi, un travail de recherche avec une étude quantitative sur un échantillon de patients plus important pourrait compléter ce travail afin d'évaluer quantitativement la représentation des différentes idées recueillies, la fréquence de participation, et d'évaluer les différents modes de recrutement dans l'utilisation de la SODEV.

7. CONCLUSION

L'expérience de la SODEV s'est avérée positive pour les différents patients interrogés dans notre travail de thèse.

Un avis globalement favorable sur la présentation et le déroulement de la méthode émane des entretiens réalisés.

L'information et la présentation de la méthode par le médecin semblent permettre un haut taux de participation. Cependant, il faut s'assurer qu'aucune pression involontaire n'est exercée sur le patient, un consentement libre et éclairé s'avère indispensable à la bonne utilisation de l'outil vidéo.

La caméra ne semble pas impacter le comportement des patients ou des internes lors de la consultation.

Déjà remarqué depuis plusieurs années, notamment par les MSU et les internes, l'intérêt de la SODEV est aussi évoqué par les patients.

Ils soulignent l'aspect formatif de cet outil pédagogique permettant d'évaluer et d'améliorer la performance des étudiants en termes de communication et de capacités relationnelles.

Ce retour positif des patients permet de renforcer la volonté de développer l'utilisation de l'enregistrement vidéo en tant qu'outil pédagogique pour la supervision directe des internes dans le cadre de leur formation en médecine générale.

« L'auteur n'a signalé aucun conflit d'intérêt. »

8. **BIBLIOGRAPHIE**

Références listées par ordre d'appel dans le texte

1. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mars 2009.
2. Chauvin B, Nguyen-Thanh P, Hermil J-L, Auquit-Auckbur I, Schuers M, Boulet P. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen: Cadre légal et pratique [Internet]. France; 2018 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/1704264>
3. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med. 1 nov 1998;47(10):1573-88.
4. Mantz J-M, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
5. Arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine.
6. Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai 16, 1997.
7. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie médicale. 3 févr 2002;33-7.
8. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. Med Teach. 1 janv 2007;29(1):2-19.
9. Petite E, Esturillo G. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble: identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
10. Jacquet J-P. La supervision indirecte différée (SID), une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. Pédagogie Médicale. 1 nov 2003;4(4):199-201.
11. Kadushin A, Harkness D. Supervision in Social Work. Columbia University Press; 2014. 429 p.
12. Papireddy MR, Han H, Hingle ST, Koschmann T, Ferguson JA, Sandstrom S. The Resident Audio Recording Project: A 3-Step Process to Improve Clinical Communication Skills. J Grad Med Educ. juin 2014;6(2):367-9.

13. 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.
14. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J Clin Res Ed.* 14 juin 1986;292(6535):1573-6.
15. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. *Can Fam Physician.* sept 1993;39:2006-12.
16. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie Médicale.* févr 2008;9(1):19-31.
17. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NCH, Verby J, Wallace BB. Teaching with audiovisual recordings of consultations. *Br J Gen Pract.* 1 juin 1980;30(215):333-6.
18. Cassata DM, Conroe RM, Clements PW. A program for enhancing medical interviewing using video-tape feedback in the family practice residency. *J Fam Pract.* avr 1977;4(4):673-7.
19. Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med.* sept 1994;9(9):517-21.
20. Durieux W. La supervision: un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale [Thèse]. [Bordeaux, 1998, France];
21. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication: enquête qualitative auprès de maîtres de stage [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
22. Jongh N de, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative auprès de maîtres de stage. [France]; 2014.
23. Rouland P. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient: étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2016.
24. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau: étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2020.
25. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale.* 1 nov 2001;2(4):199-205.

26. Saba GW. Live supervision: lessons learned from behind the mirror. *Acad Med.* août 1999;74(8):856-8.
27. Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgrad Med J.* août 2016;92(1090):431-5.
28. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale: opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.
29. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
30. Dumange L, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. [France]; 2014.
31. Bain JE, Mackay NS. Videotaping of general practice consultations. *BMJ.* 7 oct 1995;311(7010):952.
32. Servant JB, Matheson JA. Video recording in general practice: the patients do mind. *J R Coll Gen Pract.* déc 1986;36(293):555-6.
33. Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract.* nov 1984;34(268):607-10.
34. Campbell LM, Sullivan F, Murray TS. Videotaping of general practice consultations: effect on patient satisfaction. *BMJ.* 22 juill 1995;311(6999):236.
35. Butler D, Englert L. On the rise and fall of videotaping programs. *Fam Med.* 1 mars 2001;33:89-90.
36. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J Clin Res Ed.* 3 août 1985;291(6491):315-7.
37. 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.
38. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract.* 1 nov 1990;40(340):455.
39. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *Br Med J.* 23 juin 1979;1(6179):1686-8.

40. Chou C, Lee K. Improving residents' interviewing skills by group videotape review. *Acad Med*. 1 juill 2002;77(7):744.
41. Lane JL, Gottlieb RP. Improving the Interviewing and Self-Assessment Skills of Medical Students: Is it Time to Readopt Videotaping as an Educational Tool? *Ambul Pediatr*. 1 mai 2004;4(3):244-8.
42. Kleffner JH, Hendricson WD, Littlefield JH, Hudepohl N. Videotape review: a valuable tool for self-assessment of teaching skills. *J Biocommun*. nov 1985;12(4):4-7.
43. Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, Melgar T, Speece M, Schubiner H, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juill 1996;71(7):744-8.
44. Bölter R, Freund T, Ledig T, Boll B, Szecsenyi J, Roos M. Video-assisted feedback in general practice internships using German general practitioner's guidelines. *GMS Z Für Med Ausbild [Internet]*. 15 nov 2012 [cité 12 déc 2016];29(5). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525913/>
45. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, Gunvar T, Yildirim E, Sisli Z, et al. Is the use of videotape recording superior to verbal feedback alone in the teaching of clinical skills? *BMC Public Health*. 2009;9:474.
46. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract*. mars 1995;45(392):137-41.

9. ANNEXES ET FIGURES

Figure 1 : Marguerite des compétences - CNGE

Figure 2 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le contact avec la SODEV

Figure 3 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation et l'impact de la caméra sur le patient

Figure 4 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant le déroulement de la consultation et l'impact de la caméra sur l'interne et sa gestion de la consultation

Figure 5 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant l'enregistrement de l'examen physique

Figure 6 : Récapitulatif des résultats qualitatifs concernant l'aspect formatif de la SODEV

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

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

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

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



Imprimé 24/11/17 6:29 y11/P11

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

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

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

L'inscription au registre s'appuie sur l'article 8 II 1 de la loi du 6 janvier 1978, "les traitements pour lesquels la personne concernée a donné son consentement exprès"

Confirmation de la démarche par le service des correspondants de la CNIL; Marjorie MENAPACE

Juriste, Service des correspondants Informatique et Libertés, 01 53 73 23 86

Déroulement d'une séquence :

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

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



Imprimé 24/11/17 6:29 y11/P11

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

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

Conditions techniques :

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

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

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

ANNEXE 2 : Fiche de consentement patient



Madame, Monsieur

Le Dr vous propose de participer activement à la formation d'un futur médecin généraliste. Encadré par le Département de Médecine Générale de Rouen, ce travail pédagogique de supervision à partir de consultations filmées, est un temps dédié de formation durant lequel le maître de stage et l'interne échantent sur l'apprentissage et le perfectionnement des compétences de ce dernier. (Interne : nom, prénom :)

Il a pour objectif d'améliorer les méthodes de communication verbale et non-verbale de l'interne en stage afin de permettre une meilleure prise en charge du patient.

Déroulement :

- Les consultations (hormis l'examen clinique) sont filmées seulement si vous l'autorisez.
- L'enregistrement vidéo peut être interrompu à tout moment de la consultation.
- Les vidéos sont
 - visionnées que par le maître de stage et l'interne qui a effectué la consultation
 - conservées sous clé jusqu'à leur utilisation en supervision.
 - immédiatement effacées dès la fin de la supervision.
 - filmées, visionnées et effacées dans la journée (Article 9 du Code Civil sur le respect de la vie privée).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce travail pédagogique. La qualité des soins ne sera pas influencée par la participation ou le refus de participer.

Je suis informée de la possibilité, à tout moment, d'interrompre l'enregistrement vidéo et/ou de me rétracter quant à l'utilisation de cette vidéo.

Le ou les personnes signant ci-dessous sont volontaires et accepte(nt) de manière libre et éclairée de participer au travail pédagogique présenté par le Dr

Je soussigné (Nom, Prénom, signature, mention de la fonction durant la consultation : patient, enfant 16-18 ans, enfant > 18ans, représentant légal, ami (e))

.....
.....
.....

Le
A

donne mon consentement pour que la consultation soit filmée et que mes données à caractère personnel soient traitées dans les conditions décrites.

Pr Jean-Loup HERMIL (jean-loup.hermil@univ-rouen.fr)

Directeur du département de médecine générale et Coordonnateur du DES de Méd.

U.F.R. DE MÉDECINE-PHARMACIE
DE ROUEN
DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE
Médecine Générale
22, boulevard Gambetta
76000 ROUEN CEDEX

"Protection des données personnelles : Le président de l'Université de Rouen, responsable de ce traitement de données, vous informe que vous avez le droit de demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant, leur rectification, effacement ou portabilité, de vous opposer au traitement, d'en demander la limitation ou de définir des directives relatives au sort des données après la mort en vous adressant à secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr, copie au Délégué à la Protection des Données : dpo@univ-rouen.fr. En cas de problème, vous êtes également en droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, notamment la CNIL."

ANNEXE 3 : Fiche de consentement interne



Faculté de Médecine,
Pharmacie

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

Cher collègue,

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

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

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

La séance de supervision réalisée à la suite de l'enregistrement se déroulera au cabinet médical. Il est obligatoire que les données vidéos contenues sur la carte mémoire de la caméra ne soient pas copiées, et ceci sans exception.

La visualisation des vidéos se fera sur l'ordinateur de votre maître de stage des universités, préalablement déconnecté des réseaux permettant l'accès à internet.

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

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

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


Pr Jean-Loup HERMIL

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

Mentions Informatiques et Libertés :

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

Fait le _____ à _____

ANNEXE 4 : Protocole pédagogique SODEV – DUMG Rouen

SODEV

Contexte

La Supervision par Observation Directe au moyen d'un Enregistrement Vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique de supervision qui s'inscrit dans la réforme du D.E.S. de médecine générale où les compétences doivent être évaluées tout au long de la formation de l'interne.

La compétence relationnelle étant la plus difficile à évaluer, l'apport des caméras miniature permet de répondre à cet objectif.

Le département de médecine générale de Rouen, département pilote au niveau national pour la mise en place de la supervision par Observation Directe au moyen d'un Enregistrement Vidéo (SODEV), est responsable de cet enseignement

Dans cette optique, le protocole régissant la méthode de supervision par caméra vidéo élaboré à Rouen doit être appliqué.

Objectif

Développer les habiletés communicationnelles et favoriser l'acquisition des compétences lors des consultations effectuées en soins premiers en SASPAS.

Enseignant mobilisé

Le ou les maîtres de stage SASPAS de l'interne

Valorisation pour la validation du DES

Chaque interne effectuera au cours de son 3^{ème} cycle, au minimum, 3 séances de supervision par vidéo avec au moins un des maîtres de stage du binôme ou du trinôme.

Chaque séance de supervision devra l'objet d'une trace validée par le maître de stage, déposée dans le portfolio, reprenant les éléments de la supervision : thématiques travaillées, prescriptions pédagogiques, progression vers les compétences mobilisées.

La réalisation de cette supervision assortie d'un compte rendu (grille et résumé) sera prise en compte pour la validation des travaux des étudiants.

Modalités de SODEV

Nombre : 3 séances de SODEV sur le semestre. La première à environ un mois (après adaptation au cabinet, au logiciel médical, au fonctionnement interne) pour réaliser un premier « diagnostic » de compétence, à 3 mois pour établir un « état des lieux » de milieu de stage et enfin pendant le dernier mois de stage pour observer les améliorations.

Préparation à la supervision

- La caméra est retirée par l'interne auprès du DMG avec émargement et engagement de restitution dans une période qui sera précisée à l'interne. L'interne est responsable du matériel.
- De manière facultative mais dans le but de se préparer à la technique de supervision vidéo, le MSU est invité à se filmer durant une consultation avec un de ses patients qui aura donné son accord et à faire visionner cette vidéo par son interne qui aura pour tâche de prendre le rôle du MSU et d'apporter ses réflexions sur le déroulé de la consultation et d'établir une ou plusieurs prescriptions pédagogiques.

Déroulement des enregistrements de consultations filmées.

- L'interne définit avec son maître de stage la ou les périodes durant lesquelles les consultations sont filmées. Une matinée ou un après-midi de consultation est entièrement filmé.

- L'interne dispose la caméra selon les préconisations définies au préalable avec son maître de stage
- Une affiche d'information est apposée en salle d'attente.
- L'interne explique au patient les objectifs pédagogiques, le déroulement de la consultation filmée et recueille son accord ou son refus.
- L'interne allume la caméra si possible avant l'entrée du patient ou la coupe en cas de refus.
- L'interne veille à ce que l'examen clinique ne soit pas filmée et que le patient ne soit pas déshabillé devant la caméra auquel cas un cache préalablement préparé devra être disposé devant l'objectif.
- L'enregistrement est interrompu après que le patient ait quitté la salle de consultation.

Visualisation des vidéos

- L'ordinateur permettant la visualisation des vidéos doit être mis en « mode avion » (si disponible sur l'ordinateur) ou les communications Wi-Fi et/ou Bluetooth doivent être interrompues.
- La carte mini SD est retirée de la caméra et mise dans l'adaptateur prévu.
- Si l'ordinateur ne dispose pas d'un port pour carte SD, il est utilisé un adaptateur SD-USB.
- Les vidéos ne sont pas copiées sur l'ordinateur, mais uniquement visualisée à partir de la carte mémoire.
- Lorsque les différentes visualisations sont terminées, les vidéos doivent être supprimées de la carte SD.
- La visualisation des vidéos s'effectue obligatoirement au cabinet du maître de stage.

Déroulement de la supervision

- Le choix des consultations analysées est laissé au libre arbitre du MSU et de l'interne comme lors d'une supervision classique.
- La supervision peut être réalisée à l'aide de la grille d'observation par compétence inspirée de la grille de Calgary Cambridge.
- A l'issue de la supervision, l'interne et le MSU définissent ensemble les objectifs d'amélioration concernant une ou plusieurs compétences.

Trace des séances de supervision dans le portfolio

- Chaque séance de supervision fera l'objet d'une trace reprenant rédigée par l'interne
 - o Les objectifs initiaux définis avec le MSU,
 - o Les éléments sélectionnés,
 - o Les compétences abordées ainsi que l'évolution de leurs niveaux tout au long des supervisions doivent être référencée à chaque supervision
 - o Les remarques de l'interne et les prescriptions pédagogique du MSU ainsi que
- Le MSU validera cette trace.

ANNEXE 5 : Grille d'observation par compétences

EVALUATION FORMATIVE DES INTERNES — Grille d'observation par compétences_C. Attali, C. Renoux, M. Bunsard				A PROPOSITION	CONFIRMÉ			
ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITE								
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 organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions								
Présentation / Entretien								
C1A	Prend contact de façon chaleureuse et appropriée				N	A	C	
C1B	En cas de patient accompagné	Identifie la place de l'accompagnateur					A	C
C1C		Privilège le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur						C
P55	Se présente comme interne de médecine générale				N	A	C	
C2	Identifie le (les) motif(s) de la consultation				N	A	C	
C3	Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée							C
C4A	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre				N	A	C	
C4B	En cas de plaintes multiples	Définit avec le patient les priorités à traiter et celles qui pourront faire l'objet d'autres consultations					A	C
C4C	En cas de	Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi ? pourquoi ici ?						C
C4D	première	Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte					A	C
C4E	rencontre	Explique son fonctionnement / celui de la structure/						C
C5	Explore la demande par questions ouvertes préalables				N	A	C	
C6	Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient				N	A	C	
G7	Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)				N	A	C	
G8	Explore les liens avec les événements de vie du patient						A	C
G9	Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient						A	C
G10	Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte						A	C
G11	Prends en compte l'avis et les perspectives du patient / empathique							C
C12	Fait une synthèse et reformule						A	C
Démarche diagnostique								
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 (voir en annexes ces principales étiologies)								
U13A	En cas de renouvellement	S'enquiert de ce qui s'est passé depuis la dernière fois			N	A	C	
U13B		Questionne sur l'acceptation du traitement					A	C
U13C		Recherche tolérance au traitement / effet secondaire / iatrogénie			N	A	C	
U14	Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien				N	A	C	
U15	Prend en compte la prévalence en Médecine Générale						A	C
U16	Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme à éliminer				N	A	C	
Examen clinique								
C17	Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique				N	A	C	
U18	Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation				N	A	C	
U19	Poursuit l'entretien durant l'examen physique						A	C
U20	Réalise l'examen en prenant en compte, en levant et en respectant les réticences exprimées ou non exprimées par le patient (Respecte-Explore-Négocie)				R	E	N	
U21	Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent						A	C
A l'issue de la démarche								
U22	Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et décisionnelle (Cn : Confirme - Cp : Complète)				Cc	Cp	Cp	
U23	Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires						A	C
ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE ; DECISION PARTAGEE								
Etablir avec le patient des objectifs 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 charge, 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								
U24	En cas de renouvellement	Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement ?					A	C
C25	Utilise un langage clair et accessible				N	A	C	
C26	Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique				N	A	C	
C27	Informe (I) et/ou adapte (A) en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)						I	A
C28	Vérifie la compréhension et l'accord du patient						A	C
G29	Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient							C
G30	Tient compte de la temporalité / du cheminement du patient							C
U32	Prescrit les examens complémentaires de bilan (B) et de suivi (S), si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant (H)				B	S	H	
U33	Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble						A	C

ELARGIR ET ENVISAGER LA PREVENTION				
E34	Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant	N	A	C
E35	Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête		A	C
E36	Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient			C
E37	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
E38	Réalise démarche et gestes de dépistage		A	C
E39	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment		A	C
E40	Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique (P : Participe A: Activement)		P	A
INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUITE ET PLURIDISCIPLINARITE				
Planification du suivi et du projet				
S41	Renseigne le dossier médical	N	A	C
S42	Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels		A	C
S43	Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient			C
S44	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers	N	A	C
S45	Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical	N	A	C
S46	Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation	N	A	C
S47	Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge	N	A	C
SP48	Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux			C
Etablissement et entretien de la relation de soin				
C49	S'adapte aux émotions exprimées ou perçues		A	C
C50	Associe le patient à la démarche tout le long de la consultation			C
G51	Elargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient			C
C52	Adopte une posture appropriée en fonction de la situation		A	C
C53	Adapte / Modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution d'une consultation			C
C54A	Accompagne / soutient le patient			C
C54B	<i>En cas de difficulté</i> Informe de ses propres difficultés de gérer pareille situation	N	A	C
C54C	<i>difficulté</i> Nomme et reconnaît les émotions du patient			C
SE COMPORTER EN PROFESSIONNEL DE SANTÉ				
Gestion de son outil de travail				
P56A	Identifie les éléments durant la consultation ne lui permettant pas de gérer le temps (SODEV)	N	A	C
P56B	Définit les actions à mener pour arriver à gérer le temps de la consultation avec le patient (SODEV)		A	C
P56C	Adapte ses plages et son temps de consultation en accord avec son MSU			C
P57	Organise efficacement les temps de formation pratique en stage et de formation théorique		A	C
P58A	Etablit la comptabilité journalière		A	C
P58B	Connait les différentes modalités de paiement (P) et sait comment en assurer la gestion (G) en fonction de la situation du patient (SODEV)		P	G
P58C	Maîtrise les grandes lignes de la comptabilité en cabinet de médecine générale libérale ambulatoire			C
Savoir être				
P59	Identifie (I) les situations dans lesquelles interviennent le secret médical et le secret professionnel partagé et détermine comment les respecter ® (SODEV)	I	R	R
P60	Identifie (A), au travers de la consultation, ce qui concerne l'éthique et définit (D) comment adopter une posture éthique et déontologique envers les patients, ses confrères, les autres professionnels de santé et autres interlocuteurs (SODEV)	A	D	D
Entretien de ses connaissances et ses compétences				
P61A	Sait, à l'issue de la consultation identifier ses besoins de formation pour améliorer ses connaissances (SODEV)	N	A	C
P61B	Analyse et critique des ressources scientifiques validées, diversifiées pour mettre à jour ses connaissances		A	C
P61C	Utilise et argumente ses nouvelles ressources avec le patient pour expliciter son diagnostic et son projet de soin (SODEV)			C
P62A	Sait utiliser en consultation les savoirs acquis durant les formations théoriques et/ou pratiques suivies durant le D.E.S.		A	C
P62B	Définit avec le MSU (M) puis seul (S) les actions à mener pour améliorer ses compétences (SODEV)		M	S
P62C	Reconnait, après analyse de ses actions en consultation, l'intérêt de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu (SODEV)			C
Transmission et élaboration du savoir				
P63	Identifie (I), participe (P), conçoit (C) suite à l'analyse de la consultation des actions pédagogiques à destination de ses pairs et des professionnels paramédicaux utiles pour la prise en charge du patient	I	P	C
P64	Identifie, après analyse de la consultation, des sujets de recherche (SODEV)		A	C
P65	Participe (P), conçoit (C) et réalise des travaux de recherche		P	C
Maîtrise de son environnement professionnel				
P66	Identifie (I) les principaux interlocuteurs institutionnels des médecins généralistes ambulatoires, ainsi que les missions principales de ces interlocuteurs et détermine (D) comment interagir avec eux (SODEV)		I	P
P67	Connait les principales démarches administratives inhérentes à l'exercice ambulatoire			C
REPERAGE DES COMPETENCES				
C	Communication / Approche centrée patient	U	Premier recours / Urgences	
G	Approche globale / complexité	E	Prévention/Dépistage/Education thérapeutique	
S	Compétence Continuité / Suivi / Coordination	P	Professionalisme	
Compétence Professionalisme : Revue pour la SODEV (P.Boulet, B. Chauvin)		Département de Médecine Générale		

ANNEXE 6 : Information des MSU et des internes sur l'objet de la thèse

LETTRE D'INFORMATION POUR LES MAITRES DE STAGE

OBJET : PARTICIPATION A UNE THESE QUALITATIVE

Madame, Monsieur, chers confrères

Dans le cadre de ma thèse intitulée, **La SODEV en stage de médecine générale 1er niveau et SASPAS : Étude qualitative sur le ressenti des patients**, je vous sollicite afin de participer à mon étude.

Cette méthode a été évaluée auprès des internes et des maitres de stage universitaires, peu d'études ont été réalisées afin de connaître le point de vue des patients sur cet outil pédagogique.

Ainsi, je souhaite recueillir le ressenti des patients participant à la SODEV après leur consultation filmée.

Il s'agit d'une thèse qualitative par entretiens semi- dirigés.

Mon directeur de thèse est le Pr Philippe NGUYEN THANH.

Il faudrait que je puisse rencontrer les patients à votre cabinet, directement après la consultation filmée, dans la mesure du possible. Sinon, avec l'accord du patient, récupérer ses coordonnées afin que j'organise un entretien téléphonique avec lui.

Vous trouverez ci-joint la fiche explicative à remettre au patient à la fin de la consultation afin d'obtenir son accord.

Je reste à votre entière disposition pour tous renseignements supplémentaires que vous jugerez nécessaires, et nous pourrons fixer une date à votre convenance afin d'effectuer ces entretiens.

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées,

PAILLOUX Clément

ANNEXE 7 : Guide d'entretien patient

Canevas d'entretien pour les patients

Information sur l'objet de l'étude

Accord, signer le consentement

Sexe, tranche d'âge, milieu professionnel, statut familial, médecin traitant

1. Contact avec la SODEV

- Les modalités de présentation vous ont-elles permis de bien comprendre la méthode ?
 - Qui a présenté ?
 - Qualité du support ?
 - Comment a été recueilli le consentement ?
- Comment jugeriez-vous la quantité et la qualité d'information qui vous a été délivrée ?
- Quelles ont été les raisons pour lesquelles vous avez accepté de participer à cette consultation filmée ?

2. Déroulement de la consultation

- La présence de la caméra a-t-elle modifié votre comportement ?
 - Si oui, de quelles façons ? (Gêne ?)
 - Si non, pourquoi ?
- Les réponses que vous avez apportées à l'interne ont-elles été modifiées par la présence de la caméra ? Expliquer les raisons si oui ou non
- Avez-vous déjà consulté avec cet interne ?
- Avez-vous remarqué une modification du comportement et de l'attitude de l'interne lors de cette consultation ? (Son cadre, sa durée)
- Quels sont les avantages de la caméra par rapport à la présence du médecin dans la pièce lors de la consultation ? Quels sont les désavantages ?
- Que pensez-vous du fait de ne pas filmer l'examen physique ?

3. Aspect formatif de la SODEV

- Selon vous, à quoi sert la supervision directe par enregistrement vidéo ?
 - Quels en sont les aspects positifs ?
 - Quels en sont les aspects négatifs ?
- Quel est votre ressenti par rapport à votre rôle dans la formation d'un futur professionnel de santé ?
- Quel est votre ressenti sur la supervision (le fait de revoir la consultation en vidéo) de la consultation par votre médecin traitant ?
- Avec-vous des commentaires à rajouter ?

Remerciements

Proposition de retour de résultats à la fin de l'étude

ANNEXE 8 : Information et consentement de participation à une étude médicale

PARTICIPATION A UNE THESE DE MEDECINE GENERALE

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse, je vous sollicite afin de participer à mon étude.

La supervision directe avec enregistrement vidéo est un outil pédagogique qui s'intègre dans la formation des internes de médecine générale.

Vous venez d'accepter que l'interne filme votre consultation, celle-ci sera ensuite visionnée par ce même interne et votre médecin traitant habituel et servira de support afin d'améliorer la communication et d'évaluer les compétences lors de sa formation.

L'objectif de mon étude est de recueillir le ressenti des patients sur ces conditions de consultation afin d'évaluer cet outil pédagogique.

Ainsi, je souhaiterais vous poser quelques questions lors d'un entretien d'une durée de 15 minutes environ à la suite de la consultation.

Il ne vous sera demandé aucune information sur le contenu de la consultation mais uniquement sur la manière dont elle s'est déroulée.

Les enregistrements audios de ces entretiens seront analysés et détruits après retranscription. Tous les propos recueillis lors de cet entretien seront retranscrits et resteront anonymes.

Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez signer le formulaire de consentement ci-dessous.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Cordialement,

PAILLOUX Clément

Je, soussigné(e), Mlle, Mme, Mr _____ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement du recueil des informations délivrées lors de l'entretien.

Date & Signature

RESUME

Introduction : La SODEV est une technique de supervision directe qui permet d'évaluer et d'améliorer les compétences communicationnelles et relationnelles des internes de médecine générale. Si les internes et les MSU sont globalement favorables à l'utilisation de cet outil pédagogique, l'avis des patients qui participent à ces consultations filmées est primordial. L'objectif de notre travail est de recueillir le ressenti des patients ayant participé au protocole mis en place au DUMG de Rouen.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès des patients participant à des consultations filmées.

Résultats : Douze patients ont été interrogés entre décembre 2019 et 2020, avec des entretiens d'une durée moyenne de 11 minutes. Les modalités de présentation semblent convenir aux patients, ils acceptent de participer principalement dans l'objectif d'aider l'interne à progresser. Les patients ne sont pas gênés d'être filmés et leur comportement n'est pas modifié car ils oublient rapidement la caméra du fait de son caractère discret. Ils n'ont pas noté d'influence de la caméra sur l'attitude de l'interne. L'enregistrement vidéo permet d'offrir au stagiaire une autonomie dans la gestion de la consultation et de le libérer de la pression involontaire exercée par la présence physique du MSU en supervision directe. Cette technique permet aussi une auto-évaluation et une hétéro évaluation par le MSU concernant la communication de l'interne et ses compétences relationnelles. L'enregistrement de l'examen physique peut s'avérer intéressant mais selon un cadre très réglementé.

Conclusion : Le retour des patients concernant l'utilisation de la SODEV est favorable. Son utilisation comme outil pédagogique dans le cadre de la formation des internes en médecine générale peut être généralisée dans l'apprentissage de la communication.

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