



HAL
open science

Expérimentation de la supervision par observation directe par enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé : étude qualitative auprès des internes de médecine générale à La Réunion

Sarah Paris

► **To cite this version:**

Sarah Paris. Expérimentation de la supervision par observation directe par enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé : étude qualitative auprès des internes de médecine générale à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03377094

HAL Id: dumas-03377094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03377094>

Submitted on 14 Oct 2021

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

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

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2021

N° :

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

**Expérimentation de la supervision par observation directe par
enregistrement vidéo pour la formation à la communication en santé :
Etude qualitative auprès des internes de médecine générale à La
Réunion**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2021 à 19h00
à La Réunion
Par Sarah PARIS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick GAILLARD (rapporteur de thèse)

Madame le Docteur Line RIQUEL

Madame le Docteur Capucine BENOIT DE COIGNAC

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Grégory REIX

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Table des matières

1. INTRODUCTION	6
1.1. L'importance de la communication en santé	6
1.2. Les stages ambulatoires du DES de médecine générale en France	7
1.3. Données de littérature sur la SODEV	8
1.3.1. À l'international	8
1.3.2. En France	8
2. MATERIEL ET METHODES	11
2.1. Type d'étude	11
2.2. Population	11
2.2.1. Critère d'inclusion	11
2.2.2. Critère d'exclusion	11
2.2.3. Echantillonnage et recrutement	11
2.3. Recueil de données	12
2.4. Analyses des données et critères de validité	13
2.5. Critères éthiques	13
3. RESULTATS	14
3.1. Caractéristiques de la population et des entretiens	14
3.2. Synthèse interprétative	15
3.2.1. Un outil accepté des internes et des patients	15
3.2.1.1. Les motivations des internes à utiliser l'outil : la nouveauté	15
3.2.1.2. Les conditions requises d'acceptabilité des internes	16
3.2.1.3. Le vécu de l'interne	17
3.2.1.4. Un outil accepté des patients grâce au protocole	20
3.2.1.5. Le vécu des patients selon les internes était variable	21
3.2.2. Intérêt pédagogique de l'outil	24
3.2.2.1. L'objectivité de l'image permet une prise de conscience	24
3.2.2.2. Les avantages de la SODEV comparé à la supervision classique, directe et indirecte	26
3.2.2.3. Les apports de la grille CNGE et ses inconvénients	30
3.2.3. Faisabilité de la SODEV	33
3.2.3.1. Moment d'utilisation de l'outil et contraintes logistiques	33
3.2.3.2. Une méthode adaptée à tout niveau d'internat	33
3.2.3.3. Aspects techniques	34
3.2.4. Les limites de la SODEV	35
3.2.4.1. Le caractère chronophage de la rétroaction	35

3.2.4.2.	Les limites d'acceptabilité	36
3.2.4.3.	Un nombre de caméras insuffisant	38
3.2.5.	Perspectives de généralisation de l'outil et stratégie d'optimisation de la méthode	39
3.2.5.1.	L'opinion des internes sur une généralisation de la méthode	39
3.2.5.2.	Une formation spécifique pour les MSU	39
3.2.5.3.	Une présentation préalable de la méthode aux internes	40
3.2.5.4.	Le moment choisi pour débiter la SODEV	40
3.2.5.5.	La réalisation d'enregistrements vidéo plus courts	41
3.2.5.6.	L'obtention du consentement patient en amont de la consultation	42
3.2.5.7.	Un outil à intégrer dans la fiche d'évaluation de fin de stage ?	42
4.	DISCUSSION	44
4.1.	Analyse des résultats principaux	44
4.1.1.	Un outil d'intérêt pour les internes	44
4.1.2.	Un outil accepté des patients	45
4.1.3.	Intérêt pédagogique de l'outil	46
4.1.4.	Utilisation de l'outil et stratégies d'optimisation	48
4.1.4.1.	L'organisation de la supervision vidéo	48
4.1.4.2.	La caméra	49
4.1.4.3.	Un outil à adapter en fonction du niveau de formation de l'interne	49
4.2.	Forces et faiblesses de l'étude	50
4.2.1.	Forces de l'étude	50
4.2.2.	Faiblesses de l'étude	51
5.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	54
6.	ANNEXES	58
Annexe 1 :	La marguerite des compétences définie par le CNGE	58
Annexe 2 :	Protocole SODEV	59
Annexe 3 :	La grille CNGE	61
Annexe 4 :	Lettre d'information pour les maîtres de stage	64
Annexe 5 :	1 ^{er} canevas d'entretien pour les internes	65
Annexe 6 :	Dernier canevas d'entretien	66
Annexe 7 :	Consentement du patient à l'enregistrement audiovisuel d'une consultation	68
Annexe 8 :	Consentement de l'étudiant à la supervision par observation directe	69
7.	SERMENT D'HIPPOCRATE	70
		71

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques des internes

14

Liste des Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

IMG : Interne de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SN1 : Stage ambulatoire de Niveau un

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UMF : Unité de Médecine Familiale

1. INTRODUCTION

1.1. L'importance de la communication en santé

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

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

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

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

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

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

Le groupe de travail de Attali et *al.* sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) a placé la communication au centre de son modèle pédagogique d'apprentissage (13), représenté par la marguerite des compétences (Annexe 1). Le développement de l'enseignement de

la communication est nécessaire notamment par une valorisation des stages ambulatoires et l'évaluation des compétences en communication des internes et des enseignants (14).

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

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

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

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

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

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

1.3. Données de littérature sur la SODEV

1.3.1. À l'international

L'essentiel de la bibliographie sur l'outil vidéo est canadienne et anglo-saxonne.

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

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

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

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

1.3.2. En France

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

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

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

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

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

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

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

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

- Troisième étape : visionnage de la consultation par l'interne et son MSU avec appui de la grille du CNGE pour hétéro-évaluation.

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

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

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

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

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

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

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

La méthode a été rapportée en respectant les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (37).

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

2.2. Population

2.2.1. Critère d'inclusion

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

2.2.2. Critère d'exclusion

Il s'agissait des IMG de La Réunion en SN1 ou SASPAS refusant de participer à cette étude.

2.2.3. Echantillonnage et recrutement

Le recrutement des internes s'est fait par l'intermédiaire des MSU impliqués dans le projet de recherche sur la SODEV.

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

Dans un second temps, les MSU ayant accepté d'expérimenter la SODEV du DUMG de La Réunion ont présenté le projet de recherche à leurs IMG présents pendant la période de mise en place de la SODEV. L'accord de participation à l'étude leur a alors été demandé.

L'échantillon raisonné s'est constitué en fonction de l'accord des internes sur leur participation à cette étude après présentation du projet par les MSU acceptant d'y participer.

Le recrutement s'est réalisé sur la base du volontariat des internes sollicités à participer à la SODEV accueillis par des MSU volontaires pour l'expérimentation SODEV du DUMG de La Réunion.

En ce qui concerne le matériel d'enregistrement audio et vidéo, quatre MSU ont acheté leurs propres caméras. Les chercheurs ont financé deux caméras qui ont été prêtées à tour de rôle aux 5 autres MSU.

2.3. Recueil de données

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

Ils ont été menés par la chercheuse par téléphone et ont été enregistrés sur un logiciel d'enregistrement sur ordinateur après accord oral des internes participants, sous couvert d'anonymat.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits « mot à mot » manuellement par la chercheuse sur un site internet oTranscribe puis transférés sur le logiciel de traitement de texte Word®. Lors de la retranscription, le style syntaxique et grammatical propre à chacun des internes interviewés a été conservé, sans l'interpréter, afin de préserver l'authenticité de leur discours et minimiser les erreurs d'interprétation des données. Afin de garantir l'anonymat des participants, les prénoms des internes ont été remplacés par la lettre I suivi du chiffre correspondant à l'entretien dans un ordre chronologique. Le nom des MSU cités dans les *verbatim* a été rendu anonyme en le remplaçant par la lettre M.

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

2.4. Analyses des données et critères de validité

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

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

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

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

2.5. Critères éthiques

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

Le MSU était responsable de la conservation de ces consentements.

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

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

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

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population et des entretiens

Les caractéristiques des internes ainsi que le nombre de SODEV réalisées pour chacun sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Caractéristiques des internes

Internes	Age en année	Sexe	Niveau de formation	Semestre	Durée de l'entretien (en minutes)	Nombre de SODEV réalisée
Interne 1	26	Masculin	SASPAS	5	26	1
Interne 2	25	Féminin	NIVEAU 1	1	26	1
Interne 3	28	Féminin	NIVEAU 1	2	29	1
Interne 4	28	Féminin	SASPAS	6	44	3
Interne 5	28	Féminin	SASPAS	6	42	3
Interne 6	27	Masculin	SASPAS	6	36	5
Interne 7	28	Féminin	SASPAS	6	37	2
Interne 8	26	Masculin	SASPAS	5	35	2
Interne 9	24	Masculin	NIVEAU 1	1	30	6
Interne 10	23	Féminin	NIVEAU 1	1	40	2
Interne 11	24	Féminin	NIVEAU 1	1	32	2
	26		SASPAS	5	25	1

Onze entretiens se sont déroulés entre le 19 février 2020 et le 5 février 2021. Un douzième entretien a été intégré correspondant à l'entretien permettant de tester le canevas (Annexe 5). Il s'était déroulé en avril 2019, celui-ci a été validé à cette occasion et conservé. La chercheuse a souhaité l'intégrer car il permettait d'apporter une dimension temporelle à l'évaluation de la méthode à différents niveaux de formation d'internat. Lors de l'entretien permettant de tester le canevas l'interne était en niveau 1 et durant la période de recueil des données ce même interne a pu expérimenter une seconde fois la SODEV en SASPAS.

La durée moyenne des enregistrements était de 33 minutes et 30 secondes. Le plus court a duré 25 minutes, et le plus long 44 minutes.

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

3.2. Synthèse interprétative

Les propos des internes sont cités entre guillemets, en italique. « I1 » signifie que la citation provient de l'entretien avec le premier interne. Les relances de l'interviewer sont notées entre parenthèses au sein de la citation, précédées de la mention « interviewer ».

3.2.1. Un outil accepté des internes et des patients

3.2.1.1. Les motivations des internes à utiliser l'outil : la nouveauté

La majorité des internes ne connaissait pas la SODEV. Quand leur MSU leur a présenté la méthode « *c'était la première fois* » (I4) qu'ils en entendaient parler.

L'apport de nouveauté a été la principale motivation des internes à accepter d'utiliser l'outil. Ils étaient intéressés de développer leurs compétences communicationnelles et relationnelles. « *C'est un nouvel outil, c'est un autre outil d'évaluation* » (I10) et « *en plus ça n'évalue que la communication et pas les compétences médicales, thérapeutiques* » (I10).

Ils étaient « *curieux de savoir* » (I6) ce que la méthode pourrait leur apporter dans un désir de se « *faire évaluer bien sûr pour progresser* » (I3).

Cette évaluation devait porter sur le champ des habiletés communicationnelles car certains internes ont pensé que la SODEV aurait pu être un bon outil pour « *vérifier les connaissances* » (I5) mais cela aurait été cependant « *relativement vexant* » (I5).

Les internes ont tous mentionné la « *très bonne relation* » (I2) qu'ils entretenaient avec leurs MSU.

« *Moi j'y allais parce que je pense qu'on s'entend bien avec M qu'on a un peu le même profil* » (I5).

Les internes étaient plus à l'aise en consultation filmée que lors d'une supervision classique directe parce que le MSU était absent de la salle de consultation : « *moi j'avais dit ok (...) parce que dans l'idée je préfère être accompagnée d'une caméra et après qu'on regarde ce que j'ai fait plutôt que d'avoir un praticien derrière moi* » (I4).

Des conditions devaient être réunies pour faciliter leurs consentements.

3.2.1.2. *Les conditions requises d'acceptabilité des internes*

La présentation par le MSU « *du principe au préalable* » (I3) était plébiscitée par les internes. Les MSU leur ont « *très bien expliqué le principe* » (I6), parfois dès le début du semestre. « *Il m'en a parlé je pense le premier jour quasiment ou dans les premiers jours en tout cas pour me dire qu'on serait amené surement à faire ça plus tard dans le stage et si j'étais d'accord* » (I8).

Les MSU ont présenté la méthode à leurs internes de façon bienveillante : « *présenté par mon MSU ça semble hyper bienveillant donc voilà ça donne envie de prendre sur soi et de tenter l'exercice* » (I3).

Certaines conditions ont été déterminantes pour l'acceptabilité des internes. La première a été la restriction de la visualisation des vidéos à l'interne et son MSU.

« *Finalement j'étais plus rassurée en me disant bon ben ça concerne mon MSU et moi* » (I2).

La seconde condition a été l'absence d'évaluation. « *Ce n'est pas une évaluation* » (I8), « *il n'y a pas de note à la fin. C'est bête mais je pense que c'est important de le préciser (Rires) pour que les internes puissent pratiquer en toute confiance* » (I3).

La dernière condition était le volontariat. Il fallait que « *l'interne soit d'accord pour le faire* » (I1) et non pas qu'il « *se sente obligé de dire oui pour faire plaisir à son MSU ou parce qu'il a une notion de hiérarchie* » (I11), « *l'interne doit pouvoir dire oui ou non je veux participer* » (I11).

Une des internes a cependant ressenti sa participation à l'étude comme une obligation. « *Même si bien sûr ça n'a pas été imposé* » (I7), elle a été « *incitée très franchement à la faire* » (I7), et elle n'a pas « *eu l'impression d'avoir eu vraiment le choix de dire est-ce qu'on la fait ou on ne la fait pas* » (I7).

3.2.1.3. Le vécu de l'interne

Le vécu lié à l'enregistrement vidéo

Les craintes initiales

Pour l'ensemble des internes il y a eu « *une petite appréhension quand-même d'être filmée* » (I11) lors du premier enregistrement vidéo. Cette appréhension était variable. « *Avant de commencer y'a peut-être un petit peu plus de pression que sur une consultation normale* » (I9), « *ça met un petit côté stressant mais ça va ce n'est pas ... C'est gérable* » (I11), « *c'est juste le stress d'être filmée mais concrètement ça allait* » (I5).

L'ignorance préalable du type de consultation à venir participait aux craintes de l'interne. « *C'est un petit peu stressant dans le sens où on ne sait pas quelle consultation on va avoir. Donc des fois ça peut se passer mal comme ça peut bien se passer* » (I11).

La préoccupation de l'interne que la caméra puisse perturber la consultation ajoutait aux craintes. Ils redoutaient que « *la consultation soit entre guillemets fausse, en lien avec la caméra* » (I8). Ils avaient peur d'être gênés par la caméra et de ne plus être « *comme d'habitude et que finalement (...) l'intérêt il ne soit plus là* » (I5).

Des consultations finalement peu perturbées par la caméra

Les internes s'accordaient finalement sur le fait que l'enregistrement ne semblait pas avoir eu d'incidence particulière sur la consultation. « *Ça restait une consultation tout à fait normale* » (I6), « *ça n'a rien changé du tout au final* » (I8), « *c'était comme d'habitude* » (I8).

Le vécu positif lié à l'absence du MSU et à l'oubli de la caméra

Au début, les internes ont trouvé l'exercice « *pas très (...) naturel la première fois* » (I6) car la présence de la caméra leur restait en tête. Ils ont trouvé que les premières minutes de l'enregistrement n'étaient « *pas forcément très naturelles* » (I11). Une des internes osait « *moins faire des blagues* » (I5).

Dans l'avancée de la consultation et les interactions avec le patient, la caméra s'est faite oublier et ils ont repris une attitude plus naturelle et spontanée. « *C'est vrai que plus les questions avancent et plus on oublie, j'ai eu tendance à oublier qu'il y avait une caméra et à plus me concentrer sur la consultation* » (I10).

A l'usage, ils ont « *bien vécu* » (I8) les enregistrements. « *Finally ça s'est beaucoup mieux passé* » (I10) que ce qu'ils pensaient. « *En fait c'est la première qui est dure à passer* » (I2). Ils étaient « *plus à l'aise la deuxième fois* » (I10), ils avaient « *moins le sentiment d'être épiée* » (I5). « *Ça s'est tellement bien passé* » (I8) qu'ils ont eu « *envie d'en refaire* » (I6).

Ils étaient plus à l'aise qu'en supervision directe. « *Qu'est-ce que ça pourrait avoir comme autre avantage ? Le fait d'être un peu plus naturel quand même parce que mine de rien je pense que tu l'oublies plus facilement la caméra que ton MSU qui est derrière toi* » (I5), « *il n'y a pas la pression du praticien à côté une fois qu'on a passé la pression de la caméra* » (I6).

Selon les internes, pour certains MSU il était difficile de ne pas intervenir en situation de supervision directe. « *C'est difficile de ne pas intervenir, de ne pas donner son avis quand il a sa patiente en face de lui* » (I4), « *il y a certains maîtres de stage qui ne peuvent pas s'empêcher de parler dans la supervision directe. Je pense que ça ça permet qu'ils n'interrompent pas* » (I5).

En SODEV, les internes ont pu mener leur consultation comme ils l'entendaient sans intervention du MSU. « *Ça me permettait de me sentir libre au moment de ma consultation de mener comme je veux mon entretien, de faire les choses comme je l'entends, comme je voulais* » (I4).

Les internes ont été plus attentifs à leur communication lors des consultations filmées. « *On a envie de bien faire quand on sait qu'on est filmé* » (I9), « *c'est vrai que dès que je voyais la caméra je me disais ah putain c'est vrai que je suis filmée, fais gaffe* » (I4), « *il faut quand même faire attention à ce qu'on fait parce que on va être après revisionné* » (I6).

Les internes ont nommé « *biais du jugement* » (I7) le fait de savoir qu'ils seront revus par leur MSU.

« *Quand on sait qu'on est filmé on agit différemment (...) c'est vrai que le but c'est quand même d'avoir un reflet sur des consultations, qui ne sont pas filmées en général donc est-ce qu'on est toujours comme ça ? C'est peut-être un petit peu biaisé du coup* » (I9).

Le vécu lié à la rétroaction

La crainte initiale du jugement

La peur du jugement et le potentiel vécu difficile de la rétroaction ont été cités. « *On peut te reprocher d'être un peu trop joviale ou un peu trop ... et ça c'est un peu.. Je sais que moi en stage on me l'avait déjà reproché une fois et ça m'avait un peu vexée* » (I5).

Le vécu positif de la rétroaction par la bienveillance du MSU

Certains internes ont été gênés de se voir à l'écran et d'entendre leurs voix la première fois. Ça les « mettait mal à l'aise » (I4). Une interne a été « un petit peu déçue » (I2) de son image.

Pour une interne cette gêne est restée permanente. « Sur les premiers entretiens donc tu sais que t'es filmée mais tu ne sais pas trop ce que ça va donner et après les deux derniers entretiens je savais que je n'allais pas aimer me voir » (I4).

La majorité s'est ensuite familiarisée à son image. « La première fois c'est sûr c'est un peu gênant (Rire). On n'a pas l'habitude de se voir, de se voir en vidéo surtout dans le milieu professionnel donc c'est un peu bizarre. Mais la deuxième fois (...) on prend l'habitude » (I11).

Le fait de « bien s'entendre avec son MSU pour pouvoir tout dire et ne pas être jugé » (I1) était déterminant. « Je lui dis quand je ne sais pas, je lui dis quand je sais » (I2).

L'interne devait bien s'entendre avec le MSU. Sinon ça pourrait « être un peu mal vécu » (I5) et la supervision pourrait « être un échec » (I6).

Les internes se sont sentis à l'aise au cours de la rétroaction. La supervision se déroulait dans un climat « bienveillant » (I3) et c'était « rassurant » (I3). Elle permettait « d'apprendre dans de meilleures conditions » (I3). Ils ont qualifié le climat de la rétroaction comme « bon. Très bon » (I2), « serein » (I1), « relativement favorable » (I5), « il n'y a pas eu du tout de tension » (I4).

La rétroaction a été un moment clé. Elle a permis à chacun d'exprimer son ressenti par rapport à la consultation et d'en discuter autour du visionnage de la vidéo. La majorité des internes a considéré la rétroaction comme une relation d'échange avec le MSU.

« On a une discussion qui est constructive » (I1), « ça permet de débattre » (I5).

« Ça nous a permis de discuter sur des comportements des patients qu'on ne voyait pas forcément pareil l'un et l'autre » (I8), « on discutait ensemble de ce qu'on avait pensé et chacun donnait son point de vue quoi » (I6), « c'était plutôt interactif. On était dans la discussion, on discutait tous les deux » (I7).

Les MSU ont été perçus comme « très pédago » (I9) et « extrêmement fort en communication » (I3) par leurs internes.

Les principes de réassurance et de valorisation étaient présents. Le MSU a été décrit par l'interne comme « *assez rassurant* » (I9). Il a pu être amené à constater « *ce qui est acquis* » (I3) chez l'interne et ainsi le rassurer sur ses compétences.

« *Ce que j'ai trouvé vraiment bienveillant c'est que là où je m'attendais à ce qu'il me dise, tu vois là on n'a pas coché ça, ce n'est pas bien (...) Il m'a dit tu vois là ça c'est acquis c'est déjà bien. Ça tu le fais depuis le début, c'est très bien. Ça permettait aussi de consolider les bases* » (I3).

Le non-jugement des MSU et la liberté d'expression ont été perçus par les internes.

« *Ceux qui pratiquent la SODEV sont pas dans la critique mais font ça justement pour améliorer notre pratique donc il n'y a jamais eu de critique c'était toujours dans un but pour s'améliorer soit même* » (I6).

La discussion était « *constructive mais sans être jugeante* » (I1). Cela a permis aux internes de « *pouvoir à la fin s'améliorer sans avoir eu de jugement* » (I1).

Les internes ont émis des réserves quant à une supervision trop critique. L'outil perdrait alors de sa valeur. « *Si le MSU il fait que critiquer et tout ce n'est pas constructif à mon sens* » (I1).

L'interne ne devait pas se sentir jugé en tant qu'individu. « *Y'a peut-être d'autres MSU qui peuvent vachement plus juger ta personnalité en fait et dans ce sens-là ça peut être un peu vexant* » (I5).

Il n'a pas été constaté de modification péjorative dans la relation entre le MSU et son interne. Après l'expérience et malgré les remarques faites au cours du visionnage et de la rétroaction, la relation n'a pas été perturbée ou influencée. « *La SODEV ça a été un petit peu un outil de plus mais ça n'a pas spécialement changé la relation du départ* » (I9).

Un interne a trouvé que ça permettait « *d'améliorer sa relation avec son praticien* » (I6).

3.2.1.4. Un outil accepté des patients grâce au protocole

Pour les internes cela a été « *assez facile de recueillir le consentement* » (I1) des patients notamment par la présentation de l'outil et de son protocole. Les internes ont insisté sur le fait « *que ça restait confidentiel, que les vidéos seraient regardées le jour même puis détruites juste après, qu'il n'y aurait pas de diffusion* » (I9), et que « *l'examen clinique ne serait même pas filmé* » (I10).

L'intérêt pédagogique de l'outil leur a été expliqué en insistant sur la formation des internes. « *Je leur ai parlé que c'était dans le cadre de ma formation et voilà ils ont voulu accepter, ils n'y voyaient pas d'inconvénients* » (I9).

Certains patients étaient « *interrogatifs par rapport à ça* » (I5), d'autres étaient « *surpris par cette démarche de se filmer en consultation pour en discuter après avec le MSU* » (I6) car c'était « *quelque chose de pas habituel* » (I6).

La majorité des internes n'a eu « *aucun refus* » (I5). Ce sont les internes ayant réalisé le plus d'enregistrements vidéo qui ont eu « *deux ou trois* » (I6) refus. Les raisons étaient variées.

« *La peur de l'idée qu'il y avait une caméra et un film en fait* » (I6).

« *Je sentais qu'elle n'était pas à l'aise donc j'ai pas voulu insister plus pour démarrer la caméra parce que je sentais qu'elle aurait pas été à l'aise si elle était filmée* » (I9).

D'autres patients ont perçu la consultation filmée comme plus longue. « *Il y en a une qui m'a dit spontanément "je n'ai pas le temps" comme si ça allait prendre plus de temps. Je lui ai dit que ça n'aurait pas pris plus de temps mais elle a évité un peu le problème. Elle voulait pas* » (I8).

Certains ont refusé de filmer des enfants. « *Il y en avait une c'était parce qu'elle venait consulter pour ses enfants donc elle ne voulait pas faire de vidéo avec ses enfants quel que soit le but derrière* » (I6).

Enfin il y a eu un malentendu sur la taille de la caméra entre interne et patient. « *Le deuxième je pense que ça a été un petit peu une mésentente je pense qu'il s'attendait à vraiment à une grosse caméra, un truc à reportage (Rire)* » (I8).

Le refus des patients n'a pour autant pas été préjudiciable pour la suite de la consultation.

« *Je ne trouvais pas que ça avait porté préjudice pour la suite de la consultation quand j'expliquais bien au patient qu'il n'y avait pas de souci, que ça n'allait rien changé et qu'il avait tout à fait le droit de refuser* » (I8).

3.2.1.5. *Le vécu des patients selon les internes était variable*

La caméra n'aurait pas gêné certains patients. Il n'y a pas eu « *d'attention particulière de la caméra de la part des patients* » (I10), « *c'était assez naturel* » (I11), « *ça fait bizarre de se filmer mais au*

final les patients ils le vivent bien » (I8). Les patients avaient d'ailleurs « plus de facilité à oublier la présence de la caméra » (I6) que les internes.

D'autres patients ont été « un petit peu impacté par la caméra » (I9). Certains internes ont trouvé « quand même que les patients, ils étaient eux aussi perturbés par la caméra » (I5). Ils ont remarqué que le patient « il regardait un peu la caméra qu'il était un peu plus attentif à ça » (I10), ou l'ont trouvé « un petit peu stressé » (I9).

La caméra pouvait rendre difficile la libre expression du patient.

« Les patientes elles regardaient assez souvent la caméra. Donc tu vois je sais pas si elles ont pu, c'est difficile de savoir si elles ont pu dire tout ce qu'elles avaient envie dire » (I5).

Outil accepté des internes

Les motivations des internes à utiliser l'outil : la nouveauté

- Intérêt d'analyser leur communication verbale et non verbale
- Intérêt de développer leurs compétences communicationnelles et relationnelles

Les conditions requises d'acceptabilité des internes

- Présentation bienveillante de l'outil avant son utilisation par le MSU
- Visualisation restreinte à l'interne et au MSU
- Absence d'évaluation
- Volontariat

Le vécu de l'interne

- Lié à l'enregistrement vidéo
 - Anxiété initiale d'être filmé et crainte d'une consultation perturbée par la caméra
 - Oubli rapide de la caméra
 - Consultation non perturbée par la présence de la caméra
 - Vécu positif par l'absence du MSU
- Lié à la rétroaction
 - Crainte initiale du jugement
 - Gène temporaire de se voir et de s'entendre à l'écran
 - Vécu positif par un climat de bienveillance
 - Relation d'échange avec le MSU et liberté d'expression de l'interne
 - Absence de jugement de la part du MSU

Outil accepté des patients

- Facilité d'obtention du consentement patient grâce au protocole
- La caméra a eu peu d'impact sur l'attitude des patients

3.2.2. Intérêt pédagogique de l'outil

Les internes ont qualifié la SODEV de « *bonne nouvelle méthode* » (I1), d'« *excellent outil* » (I5). Ils ont trouvé cela « *innovant* » (I3) car l'outil leur a permis « *d'apprendre différemment* » (I11) et certains l'ont considéré comme un « *autre outil d'évaluation* » (I10). « *Ça permet de voir des choses qu'on n'a pas l'habitude de voir* » (I1).

La SODEV a été considérée comme un outil spécifique et complémentaire à la formation à la communication et aux compétences relationnelles des étudiants.

Les internes ont fourni des retours positifs suite à l'expérimentation de l'outil. Ils sont satisfaits du déroulement, du résultat et de ce que la SODEV a pu leur apporter. Pour eux « *ça s'est super bien passé* » (I1), ils en gardent « *un bon souvenir ce n'était pas du tout traumatisant* » (I3).

3.2.2.1. L'objectivité de l'image permet une prise de conscience

La vidéo a servi de support pédagogique objectif et concret. « *Je trouve que ce qui est le plus important ou ce qui ressort le plus pour moi c'est voir concrètement* » (I1).

Elle a permis de confronter les internes à leur propre image et comportement. « *Moi mon regard de se retrouver un peu face à soi-même comme je te disais, à l'image que l'on renvoie au patient, qui est intéressante* » (I7).

Les internes ont pu prendre de la distance par rapport au ressenti de la consultation. « *C'est compliqué en même temps d'être à fond dans la consultation et en même temps de se rendre compte de l'image qu'on peut donner et la relation* » (I7).

Elle a permis d'« *avoir un regard extérieur* » (I1). « *C'est toujours mieux quand on voit de l'extérieur* » (I7).

Cette image renvoyée à l'interne a permis une prise de conscience spontanée. « *Tu vois très très vite en fait* » (I4), « *avant même que ton praticien il te donne son avis, tu as déjà toi même ton avis sur ce que tu ne fais pas bien* » (I4).

Les internes ont eu conscience de certaines attitudes qu'au moment de la visualisation. « *Il y a certaines choses dont j'ai pris conscience en me voyant vraiment le faire. Ça c'est surtout sur ma tenue* » (I4), « *je me suis rendue compte de plein de choses que je ne pensais pas du tout* » (I2).

La vidéo aurait été d'ailleurs utile pour pallier aux limites de jugement physique que se mettraient les MSU. « *Je pense que la SODEV c'est bien pour ça parce que je suis sûre qu'il y a des commentaires que les praticiens n'osent pas faire et que toi tu vois, tu le vois à la caméra quoi* » (I4). « *Tout ce qui est jugement physique je pense que les praticiens ils ne peuvent pas te le faire parce qu'ils se mettent des barrières. C'est normal tu vois, tu ne vas pas dire à ton interne "là tu es mal coiffée, là tu ne souris pas assez", (...) en fait tu t'en rends compte en étant filmée* » (I4).

C'est essentiellement sur les différents aspects de la communication et « *surtout sur le plan de la communication non verbale* » (I1) que la vidéo a présenté des avantages importants aux yeux des internes. Elle leur a permis de voir plus en détail leur façon de communiquer. « *Ce qui est intéressant, c'est de voir comment on communique, l'attitude qu'on a, parce que ça on ne s'en rend jamais compte* » (I11), « *de voir un petit peu tout ce qui était communication non verbale, les positionnements, les silences* » (I9), « *c'est vrai que des fois on peut faire des erreurs sans vraiment s'en rendre compte. Par exemple on peut avoir des tics peut être qui sont assez gênants et on ne s'en rend vraiment pas compte* » (I9).

Des silences non intentionnels ont été décelés, « *quelques petits épisodes de silence* » (I2), « *des moments de blancs, des petits moments de pause* » (I10), parfois ressentis comme « *une espèce de déconnexion* » (I10).

La vidéo permettait de « *vraiment se rendre compte* » (I1) du temps passé sur l'ordinateur. « *Le fait que vraiment je regardais beaucoup l'ordinateur* » (I4), « *puis voilà je ne regarde pas le patient quand je tape* » (I11).

Les internes ont constaté leurs limites à recueillir les motifs de consultation, à favoriser l'expression des patients, à questionner habilement. Certains internes n'attendaient « *pas assez que les patients viennent au vrai motif* » (I4). Ils ne posaient « *que des questions fermées* » (I4). « *Je coupais, enfin je n'écoutais pas* » (I4), « *j'étais trop rapide tu vois. Je voulais que ça aille vite parce que je n'avais pas le temps et c'est vrai que je ne laissais pas assez parler les patientes* » (I4).

L'absence de teach back pouvait être objectivée. « *Je ne les faisais pas reformuler... reverbaler ce qu'elles voulaient dire. Je ne faisais pas reconfirmer. Je ne reformulais pas vraiment pour être sûre de ce qu'elle voulait me dire* » (I4).

Le rôle d'un langage concis et facile à comprendre était explicite. « *Le fait de s'entendre et s'écouter on se dit non y a trop de jargon médical, je ne me suis pas adapté au vocabulaire du patient, faut*

faire attention » (I6), « c'est mieux quand on utilise des termes qui ne sont pas compliqués, qui ne sont pas trop médicaux pour pas perdre le patient " (I10).

La SODEV encourageait les internes à se fixer des objectifs de progression, pour travailler des attitudes et corriger des lacunes remarquées. « *Des objectifs de travail en plus » (I6) pour « corriger certaines choses, les améliorer » (I6) ont été établis. Ils ont trouvé cela « vraiment pédagogique » (I6).*

La SODEV leur a permis ensuite de constater leur progression au cours de leur formation.

« Les choses que je ne faisais pas obligatoirement c'était quand je tapais je ne regardais pas forcément les patients quand j'étais en niveau 1. Là maintenant je vois clairement que je le fais, je garde le contact visuel avec le patient » (I11).

Ils ont pu constater qu'ils passaient « *moins de temps aussi à taper alors qu'avant c'était plus le cas » (I11).*

Selon les internes, la vidéo a eu également des avantages pour les MSU. Elle a permis à ceux qui faisaient de la supervision indirecte de pouvoir observer directement leurs internes et de voir leurs évolutions en autonomie. « *Au début j'étais en consultation supervisée il était à côté de moi donc il me voyait faire. Et au bout de 2 mois je suis passée seule en autonomie et du coup peut être que là il n'avait plus le regard qu'il avait avant et je gérais mes consultations seule. Donc peut être que pour lui ça lui a apporté quelque chose aussi de voir l'évolution, enfin peut être de quand j'étais seule » (I11).*

Elle a permis également de palier à un défaut de mémorisation pour certains MSU lors d'une supervision classique directe. « *C'est difficile aussi d'enregistrer au fil de la consultation tous les trucs qu'il a à dire » (I4).*

3.2.2.2. Les avantages de la SODEV comparé à la supervision classique, directe et indirecte

La SODEV a permis aux internes et aux MSU de cibler le travail sur la communication et la relation avec le patient. Sujets dont ils discutaient peu habituellement. Les internes ont trouvé l'intérêt d'« *échange sur la communication » (I5). « Ce qui est important aussi finalement c'est peut-être l'aspect qu'on n'évalue pas en rétroaction classique comment on est, l'attitude qu'on a selon le motif » (I11), « la communication, la gestuelle qu'on peut avoir, le non verbal. Tout ce qu'au final un*

praticien ne peut pas t'apporter quand on n'est pas en SODEV » (I6), « vraiment discuter de toutes les différentes approches qu'on peut avoir en communication » (I8).

La SODEV a permis d'aborder des sujets non traités si la supervision avait été indirecte. « *On ne débrieife pas seulement de notre difficulté là on peut débrieifer de ce que l'on ne voit pas. Et ce que le MSU peut par contre relever est quelque chose auquel on aurait probablement jamais fait attention » (I6), « M remarquait des choses que j'avais pas remarqué et qui étaient pour moi des choses finalement pas essentielles alors que pour lui ce sont des choses importantes alors c'est ça l'apport en plus de la SODEV comparé un débrief normal » (I6), « c'est vraiment des trucs pratico pratiques mais qu'on aurait peut-être pas vu, enfin j'aurais pas rapporté le déroulé exact s'il avait pas vu » (I11).*

L'intérêt principal de la SODEV était pour les internes « *d'évaluer toute la communication » (I8) de la consultation « et pas seulement la partie diagnostic et traitement » (I8) qu'ils font en fin de journée en supervision classique indirecte. Les internes et leurs MSU n'ont pas « trop parlé sur le plan des connaissances médicales, c'était plus gestion du regard, gestion de la communication, du non verbal » (I9).*

La SODEV a permis une rétroaction plus efficace qu'en supervision classique. Les internes se sont penchés plus sérieusement sur des consultations qui leur paraissaient sans problème particulier. Ils ont finalement constaté qu'il y avait toujours des éléments intéressants à analyser. « *Ça force à faire des débriefings peut être un peu plus efficaces que dans certains terrains de stage. Le fait d'avoir une SODEV forcément on est obligé de regarder la vidéo avec le praticien, donc on ne peut pas tricher. On ne peut pas faire de SODEV au téléphone » (I6), « on passe beaucoup plus de temps sur une consultation qui ne m'a pas forcément des fois posé problème sur le plan médical mais c'est juste donner des conseils et des améliorations » (I9).*

La SODEV a été utile dans l'analyse de toutes les consultations mêmes difficiles. Les internes ont trouvé ça « *intéressant aussi d'être filmé quand c'est compliqué » (I11), « et d'avoir la SODEV pour se rendre compte un peu là où étaient les difficultés » (I7). Elle a permis de « mettre le point sur des défauts » (I11).*

La rétroaction était plus complète. « *C'est vraiment bien de pouvoir débrieifer sur un peu toute la consultation et pas que débrieifer comme on a l'habitude de le faire avec d'autres prats » (I8).*

La SODEV a permis de travailler sur la structure de la consultation. Les internes y ont trouvé un intérêt à l'améliorer. « *C'est ça l'avantage c'est à dire que ... On débrieife généralement avec les*

praticiens de questions ou de prise en charge thérapeutique là on parle de mener une consultation vraiment » (I6), « la gestion d'une consultation, de se voir, pouvoir voir ses erreurs dans la gestion d'une consultation, le déroulé » (I11).

Lorsque l'interne et son MSU n'avaient pas le temps de visualiser l'ensemble des enregistrements vidéo parce qu'il y « *avait eu beaucoup de monde* » (I8), ils sélectionnaient les consultations « *qui étaient les plus intéressantes* » (I9), que l'interne avait « *jugé les plus intéressantes* » (I9). « *Ce qui m'a paru intéressant c'est de capter les moments où je me sentais le plus en difficulté. Ou alors sur le plan médical ou alors sur le fait que le patient je sentais qu'il ne disait pas tout, qu'il était un peu bloqué* » (I9).

Les internes plébiscitent le regard pédagogique du MSU en SODEV pour évaluer la pertinence du soin. « *C'est toujours bien cette SODEV derrière pour justement avoir toujours un avis sur comment on mène nos consultations quoi. Toujours pour avoir la confraternité pour voir comment on travaille si c'est toujours (...) la bonne manière* » (I6).

Parfois l'interne n'avait pas conscience d'une incompétence, pointée par le MSU en SODEV. La rétroaction était vue comme une aide où le MSU guidait son interne et l'amenait à résoudre des problèmes. « *Quand moi ça ne me paraissait pas évident que je voyais qu'elle voulait me faire dire un truc et que je ne voyais pas de quoi elle voulait parler elle finissait par me le dire donc voilà* » (I4).

Les commentaires des MSU étaient perçus comme « *hyper constructifs* » (I4) et les « *remarques totalement justifiées* » (I4).

La SODEV a permis à l'interne de « *se remettre en question en tant que soignant (...) dans un but de s'améliorer* » (I7). « *A chaque consultation c'était attention ça repart comme la dernière fois la séance SODEV faut que tu corriges ça on avait dit avec M que fallait corriger* » (I6).

La SODEV permettait immédiatement une évolution consciente des compétences des internes. « *Ça m'a permis de modifier quelque chose que je faisais en consultation qui n'était peut-être pas optimal du coup c'est pour ça que ça a eu un impact aussi* » (I9).

Les internes ont pu ensuite apprécier la mise en pratique des conseils de leurs MSU grâce à l'image. « *Après une SODEV on se disait "là il faut travailler ci, il faut travailler ça". En fait la SODEV suivante on voyait si déjà les premiers points qu'on avait travaillés avaient été corrigés, avaient été améliorés* » (I6).

Certains internes ont fait preuve d'autocritique dans leur rapport avec l'outil. Il pouvait s'agir de difficultés ressenties par l'interne et non confirmées par le MSU. « *Lui, il était beaucoup moins critique que moi* » (I2), « *moi quand je me suis vue c'est le premier truc que j'ai capté, je me suis dit non mais moi je vais voir un médecin qui se tient comme ça c'est pas possible ça fait potiche, ça fait pas du tout pro. Et ça quand je l'ai dit à M, en plus elle, c'est pas le premier truc qu'elle m'aurait reproché* » (I4).

Les MSU ont souligné les points positifs et noté ceux à améliorer. « *Il m'a dit ce qu'il pensait trouver bien dans mon attitude, dans mon langage. Il m'a donné aussi des conseils sur ce que je pouvais améliorer* » (I9).

La valorisation par les MSU des compétences acquises rassurait les internes, les confortait. « *Juste le fait de me conforter sur ce qui est déjà acquis, ça m'a donné confiance en moi* » (I3).

L'interne pouvait s'approprier en partie seulement les conseils du MSU pour ne pas perdre en naturel ou en spontanéité. « *Il y a ce que je suis, il y a comment ça vient, l'attitude avec le patient et puis il y a tout ce à quoi il faut penser entre guillemets pour la consultation idéale. (...) j'essaie de trouver un équilibre entre ce qu'on me conseille pour être au top et aussi pas trop perdre de mon naturel parce que je trouve ça dommage aussi* » (I3).

Les prescriptions pédagogiques pouvaient faire naître un dilemme d'authenticité. « *Quand il me donne ses conseils pour faire comme lui, j'ai l'impression de perdre en naturel et de me composer un personnage en fait* » (I3).

Les internes avaient la possibilité de s'autoévaluer en regardant l'enregistrement avant la rétroaction.

L'autoévaluation préalable affinait l'analyse et guidait la supervision. « *La deuxième quand je la revoyais avec M j'étais du coup comme je savais les gros trucs j'étais plus attentif aux petits détails et qui au final étaient parfois les choses les meilleures ou les plus importantes à corriger au final* » (I6), « *c'est sûr que c'était parfois mieux parce que le fait de la revoir on voyait des détails qu'on n'avait pas forcément vus la première fois* » (I6).

La question de l'ancrage des nouvelles compétences acquises s'est posée. Les internes ont trouvé la méthode « *à court terme* » (I5) « *vraiment hyper efficace* » (I5).

La modification des pratiques sur le long terme fut posée. Adopteraient-ils « *des automatismes* » (I4) ?

« Est-ce qu'après ce sont des trucs qui restent ? Quand tu vois le truc tu te dis le prochain je vais faire gaffe mais bon est-ce qu'un mois plus tard tu vois t'y penses encore ? Je ne sais pas » (I4).

Certains internes étaient confiants dans l'acquisition opérationnelle de nouvelles compétences.

« Je pense que ça va durer parce que c'est vrai que ce sont des conseils assez généraux donc c'est vrai que maintenant même si je ne suis plus filmé entre guillemets j'essaie de les appliquer » (I9).

3.2.2.3. Les apports de la grille CNGE et ses inconvénients

La grille du CNGE (Annexe 3) a été peu utilisée.

Les internes et MSU ne l'ayant pas utilisée l'ont jugée comme non adaptée et peu représentative de la consultation. Elle ne pouvait donc pas refléter l'ensemble de leur pratique.

« Je crois qu'elle l'avait regardée la grille et qu'elle avait dit qu'en fait ce n'était pas très adapté » (I5), « il y a pleins de trucs qui ... où tout ne collait pas avec le style de consultation » (I5), « je crois justement qu'il y a une partie qui ne me concernait pas étant donné le motif de la consultation » (I2).

D'autres ne l'ont pas utilisée parce qu'ils n'avaient « pas le temps » (I4).

Elle a permis de guider les supervisions et de « structurer l'entretien, le débrief » (I10), « de structurer un peu le visionnage » (I1) via les items.

Les internes l'ont trouvée « vraiment très bien faite » (I3) et rapide d'utilisation : « je dirais que ça nous a pris cinq minutes » (I2).

Ils ont trouvé un intérêt pédagogique à son utilisation. Ils ont considéré comme « vraiment formateur » (I11) de l'utiliser. « Ce qu'il y a dans cette grille je trouve ça hyper intéressant » (I11), « je trouve que c'est le déroulé idéal de la consultation » (I11), « de se rappeler de ce schéma de consultation c'est pas mal » (I1).

Elle leur a permis de mieux visualiser si les objectifs des compétences à acquérir étaient atteints. « Voir un petit peu si j'avais réalisé les principaux objectifs de consultation standard en médecine générale » (I11).

Les items de la grille aidaient l'interne à pointer certaines lacunes. « De voir le déroulé et de voir un peu les différentes étapes et puis ce qu'il manque aussi. Là, j'ai plus en tête ce qu'il manquait lors de

l'évaluation en SASPAS mais il y avait des points peut être que je n'avais pas abordés, des petites choses qui auraient pu être abordées et que je n'ai pas abordées tu vois » (I11).

La grille a aidé l'interne à évaluer sa progression.

« De le faire en niveau 1 et de le refaire à la fin. Je ne l'avais pas fait en niveau 1, mais de le faire en troisième année ben je trouve ça cool de voir la progression » (I11), « là ça m'a permis de voir que j'avais progressé parce que c'est vrai qu'il y avait pas mal de choses que je faisais automatiquement donc je ne m'en rendais même pas compte que c'était dans la grille quoi (Rires)» (I11).

Certains internes ont trouvé *« que c'était un peu long » (I7)* à utiliser.

Certains internes l'ont trouvée *« très théorique » (I1)*, signifiant que c'était *« un peu la consultation idéale » (I1)*. D'autres l'ont trouvée *« trop détaillée » (I7)* entraînant une *« perte de temps de détailler autant alors que les difficultés étaient peut-être ailleurs » (I7)*.

Il y a eu des problèmes de compréhension de la formulation de certains items qu'ils ont eu des difficultés à renseigner. *« Il y avait un ou deux points où on se demandait exactement où est ce que vous vouliez en venir » (I10).*

Une des internes pense que la grille n'a pas vraiment apporté d'avantage supplémentaire dans l'analyse. Les points importants des consultations à analyser ressortaient facilement de la vidéo. *« Finalement je n'ai pas trouvé grand intérêt à la grille. En fait les questions venaient d'elles-mêmes et les difficultés aussi (...) Je trouve que c'était assez visuel et du coup la grille je trouve que c'était un peu rébarbatif finalement » (I7).*

Intérêt pédagogique de l'outil

Avantages de la vidéo

- Support à la rétroaction
- Prise de conscience spontanée de leur image et comportement
- Visualisation de leur communication verbale et non verbale en détail
- Redéfinition de leurs objectifs de progression personnels

Avantages de l'outil dans sa globalité

- Avantages liés à la supervision vidéo
 - Echange sur la communication verbale et non verbale
 - Permet de travailler sur la structure de la consultation
 - L'auto-évaluation en amont guide la supervision et affine l'analyse
 - Impact direct sur les consultations suivantes, modification du comportement
- Avantages liés à l'apport spécifique du MSU
 - Regard pédagogique complémentaire
 - Analyse plus approfondie
 - Aide l'interne à mieux visualiser ses lacunes
 - Conseils spécifiques
 - Réassurance de l'interne sur ses compétences acquises
- Avantages liés à la grille CNGE
 - Guide la rétroaction
 - Aide l'interne à visualiser ses compétences acquises et ses lacunes

3.2.3. Faisabilité de la SODEV

3.2.3.1. Moment d'utilisation de l'outil et contraintes logistiques

La principale contrainte logistique a été la gestion du flux de patients. Tout était « *question de temps, de disponibilité* » (I7).

Le choix du moment pour la SODEV était « *intrinsèque à l'activité du cabinet* » (I3). Cette méthode n'a pas pu s'utiliser « *n'importe quel jour* » (I9). Cela dépendait « *de l'afflux de patients* » (I9) au cabinet. Elle a été utilisée quand c'était « *relativement tranquille* » (I3), qu'« *il n'y avait pas grand monde* » (I1) et qu'il y « *avait moins de consultations* » (I4). C'était « *surtout en fonction du nombre de personnes* » (I1) car le MSU « *avait moins de consultations* » (I5) et « *pouvait se permettre de visionner les consultations* » (I5) après.

Les patients n'ont pas été sélectionnés par les internes. « *Pour la méthode il n'y a jamais eu de choix de patient* » (I6), « *c'était au hasard* » (I3). Les internes ne savaient « *pas du tout sur quel patient ça allait tomber, ni sur quel genre de situation* » (I3). Ils ont choisi « *vraiment au hasard* » (I11). « *C'était tout patient qui acceptait d'être enregistré pendant la consultation* » (I6).

Toutes les consultations étaient intéressantes pour la SODEV. Il n'existait pas de consultation type qui aurait mérité d'être plus étudiée qu'une autre. « *En fait il me laissait la caméra le matin et comme il me le disait très bien il n'y a pas de bonne ou de mauvaise consultation. Toutes les consultations sont bonnes à prendre en SODEV et il a raison* » (I6).

3.2.3.2. Une méthode adaptée à tout niveau d'internat

La SODEV était particulièrement adaptée pour l'interne en SASPAS qui en fin de cursus acceptait moins la supervision directe.

« *En tout cas pour moi je déteste maintenant, surtout en fin de cursus, j'ai beaucoup de mal à avoir le praticien derrière moi qui regarde tout ce que tu fais* » (I4).

Les internes en SASPAS avaient plus de facilité à se concentrer sur les techniques de communication car le biomédical était acquis.

« *Au final le biomédical il y a quelques trucs qu'on ne sait pas évidemment encore mais en général c'est des choses un peu plus tatillon (...), ce ne sont pas des choses très carrées donc on peut*

échanger. Mais sur tout le côté relationnel c'est les derniers moments où l'on peut s'entraîner donc je trouve cela plutôt pas mal de le faire à ce moment-là, en SASPAS notamment » (I8).

L'utilisation de l'outil en SASPAS a permis le développement des habiletés communicationnelles et relationnelles avant l'autonomie complète.

« Plus ça va et plus on est tout seul en tant qu'interne quand on voit les patients et c'est un peu les derniers moments où on peut encore se perfectionner là-dessus » (I8).

Pour les niveaux 1, l'utilisation de l'outil a renforcé leur désir *« d'être un peu plus autonome pour la suite » (I10).*

3.2.3.3. Aspects techniques

Les avantages de la caméra

Les internes n'ont eu *« aucun problème à l'utiliser » (I8), « ça fonctionnait bien » (I8), « il n'y a pas eu de problème technique » (I9).* Ils l'ont trouvée *« simple à utiliser » (I4)* et ont trouvé son format *« assez discret » (I9).*

La caméra était *« simple de fonctionnement, de positionnement » (I3)* avec *« un grand champ de visionnage » (I9)* qui permettait de visualiser à la fois le patient et l'interne. Ils l'ont trouvée *« plutôt pratique » (I8)* car *« assez petite » (I1).*

Ils ont souligné que *« le son audio était bon » (I9)* et *« l'image aussi » (I9).*

Les contraintes

La disposition de la salle n'était pas toujours optimale pour positionner la caméra.

« Je pense que c'est la disposition de la salle qui fait qu'on ne peut pas poser la caméra de manière optimale, pour pouvoir voir les traits de communication du patient et de l'interne (I1).

Les internes ont eu des difficultés à dissimuler la caméra à cause du voyant lumineux. *« En fait il y a la lumière rouge » (I1).*

La caméra nécessitait un matériel adapté pour visionner les enregistrements.

« Cela nécessite un haut-parleur ou des écouteurs pour écouter » (I1).

La caméra ne disposait pas de batterie rechargeable.

« *Le seul truc c'est qu'au début je n'avais pas de pile et qu'il fallait que je trouve des piles vu que ce n'était pas une caméra qui pouvait être rechargée sur USB ou sur secteur* » (I8).

Il y a eu un problème de connectique ordinateur-caméra.

« *On n'a pas réussi à connecter la caméra à l'ordinateur je pense que c'est plus cela le vrai du problème. Cela ne marchait pas et du coup on a été obligé de regarder la vidéo sur l'appareil même* » (I10).

Ayant pour conséquence une analyse moins fine.

« *C'est vrai que c'était peut-être différent de si je m'étais vu en grand. Je pense que c'est différent. On aurait peut-être vu les expressions ou un peu mieux les jeux de regard même si on voyait quand même bien* » (I10).

Certains internes ont évoqué un problème de son lors du visionnage des vidéos. La caméra demande un ajustement sonore pour permettre ensuite l'écoute de la partie examen clinique.

« *On n'avait pas monté peut-être assez le son, du coup on n'entendait pas très bien la partie examen clinique puisque la caméra reste en place, nous on se déplace. (...) Ça ne demande pas grand-chose comme ajustement mais si on l'a mal fait, et bien quand on se déplace on n'entend plus rien* » (I11).

« *Il y a juste eu peut-être un problème de son, où sur la deuxième on entendait moins bien je crois le son, donc peut être par rapport à l'écoute et au bruit du son que donnait la caméra* » (I7).

3.2.4. Les limites de la SODEV

3.2.4.1. Le caractère chronophage de la rétroaction

La durée de la supervision (visionnage et rétroaction) a été la principale contrainte de la SODEV. Les internes ont considéré le temps de rétroaction comme « *hyper long* » (I11) et comme « *un frein* » (I11).

« *Ce qui peut être un inconvénient c'est le temps qu'il faut pour ensuite revoir la vidéo et en reparler* » (I1), « *cela prend un petit peu du temps parce que les consultations sont peut-être un petit peu plus longues quand elles sont enregistrées* » (I9).

La durée de la rétroaction dépendait du type de consultation.

« Chronophage dans le sens où en fait... bon après voilà ça dépend de la lenteur de l'étudiant, le déroulé de la consultation. Il y a des consultations plus ou moins rapides » (I11).

Elle était variable, allant d'une « dizaine de minutes » (I2), en passant par « une bonne trentaine de minutes » (I7) et pouvant aller jusqu'à « 40 minutes » (I11).

Le temps de rétroaction était considéré comme supérieur à celui d'une supervision classique.

« Cela prend quand même du temps (...). Si on le fait bien dans la rétroaction, c'est quand-même une rétroaction qui prend plus de temps que les autres » (I11).

Une séance de rétroaction s'est même faite en deux temps car trop longue.

« Il y avait déjà eu ce temps de consultation-là qui était long et la rétroaction derrière qui était assez longue où on l'avait fait même en deux fois » (I7).

La mise en place de la méthode pouvait être longue.

« C'est peut-être juste la mise en place qui prend du temps, le fait de se dire " bon aujourd'hui on le fait", "bon Mr..", les explications au patient et tout cela ça peut prendre du temps (...). Si le patient est réceptif ou pas » (I10).

La surcharge de travail était cependant rentable.

« Cela rajoutait une heure à la fin du stage, après je pense que ça valait le coup en vrai » (I8).

3.2.4.2. Les limites d'acceptabilité

La timidité de l'interne

Des internes auraient pu « être vraiment bloqués par la caméra » (I5).

« Il y a des gens beaucoup plus timides que d'autres » (I10), « qui ne voudront pas être filmés ou qui pareil ne se sentent pas à l'aise devant une caméra » (I9).

Les interviewés décrivaient d'autres internes qu'eux-mêmes qui auraient été « très réticents à l'idée d'être filmés » (I2) car cela leur aurait fait « très peur » (I2) d'« être regardés » (I2). Cela aurait été « compliqué pour certains » (I6).

La caméra donnait aux internes l'impression d'être un peu « *surveillé* » (I11). Pour eux la méthode restait « *une consultation supervisée plus qu'une simple rétroaction verbale* » (I11).

Un outil source d'angoisse pour les internes niveau 1 débutants ?

Pour les internes niveau 1 débutants, les interviewés considéraient la SODEV comme une source d'angoisse.

« *Pour les niveaux 1 (...) Début de stage je pense cela doit être vachement anxiogène, on n'est pas sûr de soi on le sait. Cela peut être mal pris je pense si on fait des remarques là-dessus, déjà qu'on n'est pas sûrs de nos connaissances biomédicales, si en plus on n'est plus sûrs de notre communication c'est peut-être trop d'un coup* » (I8).

La SODEV était jugée plus délicate si l'environnement de soin n'était pas maîtrisé comme c'est le cas pour les internes de niveau 1 qui découvrent la pratique en cabinet de médecine générale.

« *Il y a de potentielles difficultés quand c'est fait en début de stage pour un interne qui découvre le cabinet de médecine générale* » (I3), « *des difficultés autres qui sont inhérentes au fait que c'est un début de stage* » (I3), « *j'ai été évaluée alors que le logiciel informatique je ne le maîtrisais pas encore très bien, il y avait beaucoup de difficultés à côté on va dire. Et c'est compliqué de penser aussi à son comportement, à tout cela quand on a à la fois la logistique et le raisonnement clinique. Tout est nouveau* » (I3).

Le refus du patient

« *Le refus du patient* » (I10) a été cité comme un potentiel frein. Les difficultés étaient similaires à celles des internes.

« *Un patient, si vraiment c'est gênant l'image d'être filmé même si ce n'est pas un film d'acteur, c'est à visée pédagogique. Un patient qui n'aime pas forcément être filmé cela va le gêner* » (I11).

Le manque de motivation du MSU

La SODEV impliquait une charge de travail supplémentaire pour le MSU, celui-ci devait être conscient de ce qu'elle impliquait et être motivé à la réaliser. Cette idée était retrouvée spontanément par les internes.

« *Je ne suis pas sûr que tous les MSU soient chaud pour le faire* » (I8), « *parce qu'il faut accepter aussi de faire chaque fin de journée, il faut faire le débriefing, voir la vidéo, en rediscuter. C'est un*

petit travail en plus quand même » (I6). « Toute personne normale n'a pas très envie, ou du moins, envie de débriefer le soir d'une grosse journée. Il faut juste que tout le monde soit conscient de ce que cela implique » (I6).

Le MSU volontaire pour pratiquer la SODEV devait être « *quelqu'un de motivé* » (I6).

3.2.4.3. Un nombre de caméras insuffisant

« *Il y a un frein économique* » (I5). Le nombre de caméras a été jugé insuffisant. Il aurait fallu « *que tous les praticiens aient une caméra* » (I4).

Faisabilité et limites de la SODEV

Moment d'utilisation de l'outil et contraintes logistiques

- Moment d'utilisation de l'outil dépendant de l'afflux de patient
- Disponibilité de l'interne et du MSU requise
- Vidéo chronophage dans le visionnage

Utilisation de la caméra

- Facilité d'utilisation
- Image et son de bonne qualité
- La disposition de la salle peut être une contrainte à son positionnement
- Matériel adapté requis : pile, haut-parleur

Utilisation de la grille

- Facile d'utilisation
- Difficulté de compréhension de formulation de certains items
- Non adaptée à chaque consultation

Outil adapté à tout niveau d'internat

- Plus de facilité pour les internes en SASPAS car biomédical acquis
- Angoisse potentielle pour les internes en niveau 1 débutants

3.2.5. Perspectives de généralisation de l’outil et stratégie d’optimisation de la méthode

3.2.5.1. L’opinion des internes sur une généralisation de la méthode

Le recours à cet outil supplémentaire pour la formation des internes à la communication en santé a été bénéfique. Les internes étaient favorables à sa généralisation. Ils ont trouvé l’outil « *vraiment intéressant* » (I9) et sont pour « *le proposer d'une manière systématique à tous les internes* » (I9).

« *Cela serait bien que ce soit un peu plus officiel comme utilisation* » (I8), « *je trouve dans l'ensemble que c'est très intéressant et qu'au plus les MSU l'utiliseront, au mieux ce sera* » (I7), « *je pense qu'il faudrait la développer à la Réunion avec plus de MSU qui la pratiquent parce que je pense que c'est très utile dans notre pratique* » (I6).

Dans cette optique, les internes ont abordé la question de la formation spécifique des MSU à la SODEV. « *Cela serait bien de faire la formation pour sensibiliser à cela et ainsi que cela se démocratise chez tous les MSU* » (I8).

3.2.5.2. Une formation spécifique pour les MSU

Une formation spécifique des MSU a été évoquée pour structurer la rétroaction, déterminer les objectifs individuels, optimiser le temps.

« *Surtout une formation des MSU à utiliser la SODEV et pourquoi l'utiliser, ce que cela apporte et ce que cela permet de faire et comment on évalue* » (I8), « *que les MSU aient un peu plus d'objectifs en tête pour la SODEV. Peut-être une meilleure connaissance et une meilleure rétroaction dans le sens où plus connaître quels en seraient les objectifs* » (I7), « *cela irait beaucoup plus vite pour les entretiens et le visionnage car il n'y aurait pas trop de questions à se poser. Les MSU auraient une idée de structure déjà en tête rien qu'en regardant la vidéo* » (I10).

L’utilisation préalable de l’outil par le MSU aurait rendu meilleur le vécu émotionnel de l’interne.

« *Lui-même m'a dit : "je crois que je vais jouer le jeu, je vais me filmer aussi pour voir un peu comment je suis". Donc c'est cool parce que cela enlève la pression* » (I1), « *ce qui est bien et je pense que ce qui est le mieux c'est si le MSU se remet en question lui-même* » (I1).

3.2.5.3. Une présentation préalable de la méthode aux internes

Les internes ont abordé l'intérêt de « *présenter la méthode et d'en faire quelque chose de moins formel, plutôt comme un outil d'apprentissage* » (I11) et notamment « *peut-être à la rentrée* » (I11) ou bien « *de l'évoquer pendant les cours* » (I8).

« *Je pense comme on nous parle tout le temps de la communication, dire qu'il y a ça, qu'on sera peut-être amené à le faire et que l'idée germe dans notre tête* » (I8).

Les internes ne pensaient « *pas qu'il y ait vraiment besoin de faire une formation spécifique* » (I9) pour les étudiants. Pour eux, l'emploi de la méthode devait rester « *spontané* » (I8). En revanche, « *une formation peut-être plus sur l'aspect technique que sur le débrief* » (I10) aurait été envisageable.

3.2.5.4. Le moment choisi pour débiter la SODEV

Les internes se sont accordés sur l'intérêt d'un temps d'observation du MSU en début de stage. « *Au début je pense que tu as besoin de voir comment le praticien fait* » (I5).

L'intérêt de la supervision directe en début d'internat est paru essentielle.

« *Il faut de la supervision directe au début de l'internat* » (I6), « *je pense que c'est pas mal que ça ne se fasse pas au tout début d'un stage* » (I1), « *je pense que c'est plus parlant de faire l'exercice ne serait-ce qu'au deuxième mois* » (I3).

Au début du semestre et notamment en niveau 1, les internes avaient déjà énormément de choses à assimiler notamment sur le plan biomédical.

« *C'est super bien de travailler sur la communication, mais je pense qu'au début, (...) le premier mois en tout cas, c'est très compliqué de tout travailler d'un coup* » (I3).

Un temps de consolidation de la relation pédagogique semblait nécessaire.

« *Ça peut être beaucoup plus compliqué à mon sens de le faire en début de stage quand tu ne connais pas le MSU* » (I1).

Cependant en fin de semestre, notamment en SASPAS, la SODEV a semblé avoir moins d'intérêt étant donné l'acquisition des compétences au préalable.

« Les enregistrements ont moins apporté comme c'était vraiment en fin de stage que si c'était au début » (I5).

3.2.5.5. La réalisation d'enregistrements vidéo plus courts

Les internes ont proposé de réaliser des enregistrements plus courts en ne filmant qu'une partie de la consultation pour diminuer le temps de visionnage des entretiens et répéter l'exercice plus souvent.

« Si on veut répéter l'exercice, se dire "bon ben là aujourd'hui tu filmes juste l'entretien pour un patient puis pour l'autre patient tu filmes au moment de l'examen" pour que ça fasse des vidéos un peu plus courtes et qu'on ait plus envie de le faire souvent » (I11).

Une proposition a été faite de « supprimer la partie examen » (I11) ou de « l'accélérer dans le temps de rétroaction » (I11) pour ne pas « perdre de temps à écouter » (I11) et permettre aux internes et à leur MSU de « débriefer sur les choses plus importantes » (I11).

L'augmentation du nombre de séries d'enregistrement a été proposée « pour que l'interne puisse voir les améliorations, au fur et à mesure des SODEV » (I10).

« C'est toujours intéressant d'avoir plusieurs expériences pour pouvoir évoluer et en discuter » (I7).

Les internes ont proposé, au cours du stage, de faire plusieurs enregistrements à différents moments pour évaluer leur progression.

« Il y a eu qu'une seule expérience peut-être qu'une autre aurait été aussi intéressante. En faire plusieurs pour voir l'évolution » (I7).

La fréquence idéale de réalisation de la SODEV pour permettre à l'interne de voir son évolution aurait été comprise entre 3 fois par semestre et 2 fois par mois sur un semestre.

« Peut-être deux séances par mois c'est pas mal ? » (I11), « il faudrait au moins un par mois pour faire faire un strict minimum » (I6), « peut-être une journée comme ça tous les mois, de pouvoir débriefer, voir l'évolution pour se laisser un petit peu de temps entre chaque séance et voir comment on a évolué » (I8), « ce qui est mieux c'est de voir une évolution et donc c'est de faire vraiment début stage, mi-stage et fin de stage » (I5).

Une fréquence faible de SODEV aurait entraîné moins d'application des bénéfices tirés des précédentes. « Si c'est tous les 2 mois on oublie un peu ce dont on a discuté à la dernière SODEV il y a moins d'application dans cela » (I6).

Une fréquence trop élevée aurait été inadaptée. « *Ce n'est pas possible de le faire tout le temps, à toutes les consultations* » (I1), « *ce n'est pas utilisable tous les jours, on ne peut pas l'utiliser tout le temps* » (I9), « *tous les jours c'est fatigant* » (I1).

3.2.5.6. *L'obtention du consentement patient en amont de la consultation*

Les internes se sont demandés si l'obtention du consentement du patient en amont de la consultation n'aurait pas rendu la consultation plus naturelle.

« *Il faudrait que les patients expriment leurs accords avant de rentrer dans le cabinet* » (I6), « *si ça avait pu être signé avant et vu avec les secrétaires par exemple je me demande si ça aurait pas été plus naturel la consultation* » (I4).

3.2.5.7. *Un outil à intégrer dans la fiche d'évaluation de fin de stage ?*

Les avis étaient mitigés sur l'intérêt de la SODEV dans la validation de fin de stage.

Pour certains internes la SODEV devait rester une méthode formatrice mais non validante.

« *C'est bien que ça reste dans un cadre de formation et pas d'évaluation* » (I9), « *il faut sortir un peu de ce modèle un peu trop... On a 25 ans ou plus et se sentir évalué sur une consultation ou plusieurs non ça doit être tout le stage en fait* » (I11).

Il y aurait eu une pression supplémentaire pour les internes si l'outil était utilisé comme support pour le rapport final d'évaluation de stage.

« *Déjà il y a quand même un petit peu de stress quand on commence peut-être la première consultation filmée. Si en plus on sait qu'on est évalué je pense que ça va modifier grandement notre consultation en fait, notre façon de faire et je ne suis pas sûre que ça soit vraiment profitable* » (I9).

D'autres internes ont considéré la SODEV comme un outil « *complémentaire* » (I5) « *dans la validation de stage sur les critères de relation avec le patient et de communication* » (I5). Pour ces internes la SODEV aurait pu rentrer dans l'évaluation finale de stage mais ne devait pas être utilisée comme seul moyen d'évaluation.

« *Ça reste un outil pédagogique et si c'est bien utilisé on peut nettement faire une évaluation et on peut mieux évaluer un étudiant en consultation avec une SODEV que sur des débriefings de fin de*

journee » (I6), « je serais plutôt pour que ça soit entre guillemets obligatoire ou en tout cas que ça fasse partie de l'évaluation finale » (I8).

Perspective de généralisation et stratégie d'optimisation de l'outil

Réflexion autour de l'outil dans sa globalité

- Retour positif de l'outil d'après les internes
- Aide au développement des compétences en communication
- Les internes sont favorables à sa généralisation

Suggestion d'optimisation de l'outil

- Formation spécifique des MSU
- Réalisation d'enregistrements vidéo plus courts
- Répéter les enregistrements vidéo pour observer la progression

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats principaux

Cette étude a permis d'expérimenter un outil pédagogique combinant une supervision vidéo associée ou non à l'utilisation de la grille d'évaluation du CNGE. Elle a été réalisée auprès de patients lors de consultations de médecine générale en cabinets libéraux et lors de consultations gynécologiques dans un centre d'éducation prévention santé.

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

4.1.1. Un outil d'intérêt pour les internes

L'avis des internes sur la SODEV a été dans l'ensemble très positif. Ils ont considéré qu'il s'agissait d'un outil innovant, intéressant et formateur au développement de leurs habiletés communicationnelles.

La motivation principale des internes à utiliser l'outil était d'analyser leur communication verbale et non verbale lors des supervisions. Cette dimension n'est pas analysée habituellement lors des supervisions classiques (notamment indirectes) essentiellement centrées sur les compétences biomédicales.

L'acceptabilité de la SODEV a aussi des motivations autres que pédagogiques. Certains internes ont accepté la SODEV pour aider au travail de thèse ou encore pour ne pas avoir la présence de leurs MSU durant les consultations. Une interne n'a pas eu l'impression d'avoir le choix, la SODEV étant presque imposée par son MSU qui était très motivé.

Les internes ont ressenti une anxiété initiale à être filmés, mais celle-ci s'est rapidement dissipée au fil des enregistrements. Les étudiants craignaient d'être jugés et se mettaient alors une pression pour essayer de bien faire. Ils craignaient que leur comportement soit perturbé et que le déroulement de la consultation ne soit plus naturel. L'anxiété de performance est retrouvée dans plusieurs études (38,39).

Finalement, aucun interne ne s'est senti jugé. Dans l'étude de 2001 de Cayer et *al.* d'anciens étudiants ont témoigné que l'anxiété liée à la SODEV disparaissait à mesure que la relation de confiance et de non-jugement avec le superviseur se développait (38).

La supervision nécessite un climat de confiance et de respect (40). Valoriser des objectifs formatifs et proscrire sanction ou même évaluation diminueraient l'anxiété de performance (38).

Certains internes ont été gênés de se voir à l'écran, embarras retrouvé dans de nombreuses études (28,30). Gêne et peur du jugement initiales n'ont pas empêché la satisfaction finale des internes.

La gêne et l'anxiété chez les internes par l'exposition à leur propre regard et au regard de leur MSU entraînent un besoin de bien connaître leur MSU pour faire la SODEV.

Les internes ont affirmé que des conditions étaient nécessaires pour faciliter l'obtention du consentement des internes à la SODEV. Ceci va dans le sens de la littérature qui montre que le déroulement de la rétroaction, la confidentialité de l'enregistrement vidéo ainsi que la présentation de la supervision vidéo comme outil de formation et non d'évaluation jouent un rôle important dans la détermination de participation des internes (24).

4.1.2. Un outil accepté des patients

L'outil a bien été accepté par les patients. Les internes obtenaient facilement le consentement des patients après information du protocole et explication de l'intérêt pédagogique. Quatre-vingt-dix pourcents des patients donnent leur consentement à être filmés selon Campbell (41).

Les motivations des patients seraient doubles. La première serait la visualisation restreinte de la vidéo au MSU et l'interne. La suppression rapide de l'enregistrement a pu rassurer les patients et faciliter leur consentement. La seconde motivation des patients a pu être de participer à la formation des futurs médecins.

Les demandes de consentement ont été effectuées par l'interne ou son MSU au début de la consultation. Ceci pourrait tout de même constituer une limite qui va dans le sens de l'étude de Servant et Matheson en 1986. Selon cette étude, seulement 10% des patients donnent leur consentement lorsque le médecin fait attention à ce qu'ils ne subissent aucune pression. Les auteurs appellent « pression » le fait de demander le consentement au patient dans la salle de consultation ou que ce soit leur médecin qui le leur demande (42).

Les internes ont proposé d'obtenir le consentement du patient en amont de la consultation, par la secrétaire par exemple. Ceci va à l'encontre de la littérature. Pour certains auteurs, les patients sont plus enclins à accepter l'enregistrement si le médecin leur demande l'autorisation directement plutôt que par instruction formelle en signant un formulaire explicatif de consentement proposé par la secrétaire. (43). Plus les patients ont la possibilité de décliner, plus ils sont susceptibles de la prendre (44).

L'impact de la vidéo sur les patients a été variable. Les internes ont estimé que ces derniers oubliaient plus facilement la vidéo qu'eux, et que la caméra n'interférait pas sur le déroulement de la consultation. Ce résultat n'est pas nouveau. Selon l'étude de Verby, les patients oublient plus rapidement la caméra que les médecins (45).

4.1.3. Intérêt pédagogique de l'outil

L'utilisation de l'outil a été volontairement axée sur l'analyse communicationnelle des internes. Son intérêt a fait l'unanimité auprès des internes, comme le confirmait l'étude de Chauvin (34).

Grâce à la vidéo les internes ont pu visualiser leurs habiletés communicationnelles et repérer là où étaient leurs difficultés. Cela a pu concerner des techniques de communication verbale comme l'utilisation de questions ouvertes, l'adaptation du vocabulaire, la reformulation ou bien d'autres techniques non verbales comme le temps de parole dédié aux patients, le maintien du contact visuel, l'attitude qu'il adopte face au patient, l'image qu'il lui renvoie en tant que soignant mais aussi la gestion du temps et la structure de l'entretien. La vidéo permet une analyse fine des compétences communicationnelles plus que biomédicales (24,39).

Le visionnage de la vidéo permet l'auto-évaluation des internes. La vidéo permet une autoréflexivité : prise de recul, examen de leur comportement puis prise de conscience (25). Les internes ont été surpris de l'écart entre ce qu'ils pensaient faire et ce qu'ils faisaient en réalité (35). Cette confrontation avec son comportement, déclenche un changement de point de vue et de façon de faire chez l'interne (46).

Lors de cette auto-évaluation, certains internes ont pu être très critiques envers eux-mêmes. L'auto-évaluation peut même provoquer pour certains des sentiments de honte et de malaise (28).

L'auto-évaluation des internes a probablement amélioré la qualité de la supervision vidéo. Lors de cette auto-évaluation, ils avaient déjà visualisé par eux-mêmes leurs lacunes et leurs compétences

acquises. L'auto-évaluation est également très informative pour les MSU. Elle leur permet de voir ce que les étudiants observent et valorisent (25).

Le rôle majeur du MSU au cours de la supervision a été systématiquement évoqué. Il permet à l'interne de bénéficier d'un regard extérieur. Il l'aide à observer ce qui est acquis, ce qui est à améliorer et lui fournit des conseils spécifiques à la situation vécue. Le MSU fixe des objectifs pédagogiques adaptés au niveau d'apprentissage de l'interne. La supervision s'apparentait à une discussion entre l'interne et le MSU où les discordances de points de vue étaient source d'échanges. Lambelet concluait qu'un visionnement passif des enregistrements sans travail d'analyse par supervision avait peu de chance de se révéler utile (21).

La reconnaissance par les MSU de ce qui est acquis chez leur interne a renforcé leur confiance en eux.

Les internes se sont demandé si la modification de leurs pratiques s'ancrerait sur le long terme. Plusieurs études canadiennes auprès d'anciens résidents montrent un impact durable des rétroactions vidéo dans l'apprentissage relationnel (20,24).

Les guides d'entretien ou grilles de lecture se sont développés depuis 20 ans. Ces guides décrivent les compétences en communication à développer à chaque étape de la consultation. Il en existe plusieurs. Dans la littérature la principale grille d'utilisation est celle de Calgary Cambridge.

L'apport de la vidéo couplée à la grille de Calgary-Cambridge est bien étudié et validé (4,47). Dans cette étude, l'apport de la vidéo couplée à la grille CNGE a été étudié. La grille CNGE a servi de support de discussion et de réflexion lors des supervisions. La grille aidait à pointer les compétences acquises et celles à acquérir. Les grilles d'observation permettent d'attirer l'attention sur différents aspects de l'entrevue médicale afin d'évaluer différentes performances de l'interne et de pouvoir ensuite quantifier la progression de l'interne (48). L'utilisation d'un formulaire d'évaluation spécifique renforce le pouvoir de la supervision (23).

C'est donc bien l'ensemble de l'outil à savoir le support vidéo et la supervision utilisés de manière concomitante, qui rend l'outil plus pertinent dans l'acquisition des habiletés communicationnelles et relationnelles chez l'interne de médecine générale. Quatre-vingt-dix pourcents des étudiants avaient observé une amélioration de leurs compétences en communication grâce à l'observation et à l'évaluation des consultations enregistrées dans l'étude d'Eeckhout en 2016 (49).

4.1.4. Utilisation de l'outil et stratégies d'optimisation

Les internes ont proposé différentes pistes afin d'améliorer son utilisation.

4.1.4.1. L'organisation de la supervision vidéo

Les internes souhaiteraient intégrer la SODEV dans leurs enseignements. Ils pensent que la supervision vidéo présente un intérêt majeur dans l'évaluation de leur progression au cours du stage, et qu'il faudrait réaliser des enregistrements au fur et à mesure de l'avancée dans le stage. Cela leur permettrait également d'échanger sur différents motifs de consultations et de voir la modification de leur comportement. Les internes de l'étude n'ont fait que peu de consultations. L'augmentation du nombre d'enregistrements a été proposée. Il est cependant difficile de déterminer quelle serait la fréquence idéale. Selon les internes, une fréquence trop élevée de SODEV pourrait être un frein.

Les internes disposant de la caméra durant tout le semestre ne savaient pas pourquoi ils l'avaient si peu utilisée ; le manque de sollicitation de leurs parts et de celle de leur MSU a été évoqué. D'autres n'ont pas disposé de la caméra sur une période assez longue, à cause d'un nombre insuffisant de caméras au DUMG de La Réunion.

La durée de la supervision a été le principal inconvénient de la SODEV. C'est un frein à son utilisation et un des principaux obstacles retrouvés dans la littérature (27-30). Le visionnage était chronophage. Les internes proposent de visionner qu'une partie de l'entretien.

Les Canadiens proposent la planification par les MSU d'un temps dédié à la SODEV. Il s'agirait de libérer un temps suffisamment long dans le planning de l'interne et du MSU pour permettre la séance de rétroaction. A l'UMF de l'hôpital Laval à Québec, les résidents ont huit demi-journées réservées à la SODEV à raison de trois consultations par demi-journée (50).

Les MSU n'avaient pas reçu de formation spécifique sur l'utilisation de l'outil. Les internes ont cependant témoigné de l'intérêt et de l'implication de leurs MSU dans leur formation aux techniques communicationnelles et ils n'ont pas perçu de manque de maîtrise de leur part.

Selon les internes, les MSU indifférents à la communication n'accepteraient pas la SODEV en raison de la surcharge de travail. Afin de favoriser l'utilisation de l'outil, les internes ont proposé de sensibiliser les MSU à la communication par un enseignement dédié à la SODEV.

Ramani insiste sur l'importance d'une rétroaction efficace pour perfectionner les enseignements et d'un système permettant de contrôler la qualité des rétroactions (51).

4.1.4.2. La caméra

Les internes n'ont pas eu de mal à s'approprier la technique. La mise en place du matériel a été rapide et facile avec tout de même quelques problèmes techniques. Ces problèmes techniques semblent être liés à l'utilisation d'un appareil mobile et étaient déjà décrits (33). La majorité des internes n'a filmé que trois consultations maximum. Ce résultat peut donc être lié à un manque d'expérience. Il est possible, qu'après plusieurs séances de consultations filmées, les problèmes techniques auraient diminué. Toutefois, dans l'étude d'Eeckhout en 2016, 85% des étudiants considéraient que les problèmes de logistique constituaient un obstacle majeur à la réalisation de consultations vidéo sur une base régulière (49).

Le coût financier du matériel est considéré comme un frein au déploiement de la SODEV (27,30,33,52). Dans notre étude, le coût du matériel était peu onéreux. Quatre des MSU participants ont d'ailleurs acheté leur propre matériel. Nous avons prêté le matériel vidéo aux autres. Cependant nous ne pouvons pas savoir si l'ensemble des MSU utiliserait la SODEV s'ils devaient acheter leur propre caméra.

4.1.4.3. Un outil à adapter en fonction du niveau de formation de l'interne

Certains internes pensent que l'outil est adapté à tout niveau d'internat. D'autres pensent que l'outil serait plus adapté pour les SASPAS. Ces derniers auraient acquis les compétences biomédicales et seraient plus disponibles à développer leurs compétences relationnelles et communicationnelles. La SODEV permettrait aux internes volontaires en fin de cursus de s'entraîner, s'évaluer et se perfectionner. Un interne pense que la SODEV en SASPAS pourrait remplacer la supervision indirecte.

Les internes déconseillent de commencer à filmer les étudiants dès le début du stage et notamment en niveau 1, ils n'en tireraient pas de bénéfice. Les internes de niveau 1 n'ayant connu que l'expérience hospitalière ont besoin d'une période d'adaptation. Pour prendre ses marques, s'approprier l'environnement du cabinet et les principales spécificités de l'exercice ambulatoire.-La première étape d'observation était jugée indispensable. Donner de l'autonomie à l'interne trop tôt et pratiquer de la SODEV pourrait être néfaste selon eux. A ce niveau l'étudiant ne serait pas sûr de ses connaissances biomédicales, et si ses compétences relationnelles sont remises en question il pourrait

perdre totalement confiance en lui. Ceci va dans le sens de la littérature qui décrit que le concept d'enregistrement ne devrait pas être planifié dans les premières phases du programme de formation en médecine (49).

La SODEV faciliterait la consultation de l'interne de niveau 1 car le MSU y est absent. Certains internes ont proposé d'utiliser la SODEV en remplacement de la supervision directe. Les internes seraient alors plus à l'aise que directement observés par leur MSU.

Enfin d'autres pensent qu'en niveau 1, il permettrait à l'interne de prendre confiance en lui et de développer plus d'autonomie.

Ozcakar en 2009 montre que la supervision par enregistrement est supérieure à la supervision par observation directe des MSU (19).

Pour les étudiants en SASPAS, la SODEV en fin de stage aurait moins d'intérêt selon eux. En fin de semestre l'interne est plus expérimenté et ressent moins le besoin de formation sur la structuration de ses entretiens et sur ses compétences relationnelles, les objectifs étant acquis. Les internes étaient d'accord pour se dire qu'en début de stage, la SODEV permettrait d'évaluer plus vite l'interne et d'orienter la pédagogie.

Selon les internes, la SODEV serait à débiter plutôt en milieu voire fin de semestre pour les niveaux 1 et plutôt en début de semestre pour les SASPAS.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1. Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale portant sur la SODEV au sein du DUMG de La Réunion. Nous avons réalisé un protocole au préalable de ce travail en s'inspirant du travail réalisé par Letellier Matthieu à Rouen en 2020 (32).

Onze internes ont participé à l'étude. C'est plus que lors des thèses précédentes. En utilisant la SODEV, les internes ont expérimenté l'outil en situation authentique auprès de patients. Cela renforce la validité de ces résultats.

La chercheuse a été formée à l'animation des entretiens par ses deux directeurs de thèse.

Un entretien pilote a été réalisé en amont de l'étude auprès d'une interne. L'entretien avec cet interne nous a donné des pistes concernant l'axe de l'étude ainsi que la visualisation des premières difficultés.

Les entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés par téléphone donnant une intimité qui a permis aux internes de s'exprimer librement. Les biais externes, liés aux conditions d'entretiens, ont été minimisés en prenant des rendez-vous avec les personnes interviewées par téléphone sur un moment de calme où elles se rendaient disponibles. La proximité sociale permise par le statut d'étudiante de 3ème cycle de la chercheuse, comme les personnes interrogées, a probablement permis le recueil d'une parole décomplexée lors des entretiens. Les entretiens se sont révélés riches et variés. Le contenu des entretiens variait en fonction des personnes interrogées, de ce qu'elles avaient à dire et de leur facilité à s'exprimer. Les internes ont été assez exhaustifs dans leur dialogue, le temps moyen d'entretien était suffisant.

La suffisance théorique des données a été atteinte car tous les internes ayant participé à la SODEV ont été interviewés.

L'analyse des entretiens semi-directifs a été réalisée par deux chercheurs. La triangulation de l'analyse des verbatim renforce la validité des résultats et limite le biais d'investigation.

La SODEV est une méthode pédagogique peu utilisée en France. Un travail de thèse en 2018 à Rouen (36) montrait qu'en France, seulement 3 DUMG utilisaient la SODEV. Les autres DUMG ne l'utilisaient pas par méconnaissance du concept ou à cause d'obstacles matériels et juridiques.

L'intérêt de ce travail est d'apporter une approche supplémentaire concernant la SODEV afin de promouvoir cette méthode au sein du DUMG de La Réunion. Cette étude peut constituer le début du développement de la SODEV au sein des études médicales pour les étudiants de médecine générale en 3ème cycle à la Réunion.

4.2.2. Faiblesses de l'étude

- **Biais internes : Biais de sélection des participants**

Quatre MSU participants à l'étude sont membres du jury de thèse. Deux ont participé au choix du protocole. Malgré ce biais, nous avons décidé de les inclure, afin d'apporter un regard différent à notre sujet. En effet, cette étude est intéressante car elle a été utilisée majoritairement par des MSU expérimentés aux techniques communicationnelles.

Un biais de sélection des patients peut être évoqué. Il s'agissait de patients volontaires pour consulter l'interne seul sans son MSU. Ils étaient peut-être plus motivés à la formation des étudiants. Cependant, en l'absence de sélection particulière des patients, ces résultats nous semblent transposables aux autres activités d'enseignement ambulatoire pratiquées actuellement en France.

Les internes inclus dans l'étude sont tous les internes ayant participé à la SODEV lors de la mise en place du protocole par le DUMG. Leur terrain de stage n'était probablement pas représentatif de tous les terrains de stage proposés par le DUMG (les MSU étaient souvent très impliqués au sein du DUMG). Nos résultats pourraient être différents si la SODEV était étendue.

- **Biais lié aux interviewés**

Onze internes ont accepté de participer à l'étude. Nous pouvons nous demander s'ils n'étaient pas les plus motivés ou les moins craintifs à utiliser la SODEV.

- **Biais d'investigation lié à l'interviewer**

Une seule personne, à savoir la chercheuse, a fait les interviews. Elle a pu influencer les réponses. Avec la recherche bibliographique, l'interviewer a été amené à se faire une opinion concernant la SODEV. Ceci pousse à interpréter les réponses et les questions dans le sens de l'opinion forgée.

Les biais internes à la chercheuse ont été minimisés par le canevas d'entretien évolutif disponible lors de chaque entretien. Une analyse des présupposés de la chercheuse a été effectuée au long de l'analyse des entretiens. La chercheuse a tout au long de l'étude écrit ses préjugés et a priori dans un journal de bord et a cherché à s'en détacher.

La richesse des entretiens variait en fonction de l'expérience de la chercheuse, pour qui la recherche qualitative et les entretiens semi directifs étaient une nouveauté. Cela a pu entraîner un biais d'investigation.

Il est à noter que lors d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, l'enquêteur ne peut pas vérifier que les personnes interrogées ont fait ce qu'elles disent. Cependant nous retrouvons des informations similaires entre les entretiens semi-dirigés des internes et ceux des MSU. Ceci tend à penser que les personnes interrogées ont répondu de manière sincère lors de leur entretien.

- **Biais lié à l'analyse des entretiens**

L'analyse d'une étude qualitative est une interprétation des données. Le codage du verbatim dépendait de la qualité de l'interprétation des chercheurs. De par leur recherche bibliographique et

leurs implications dans les travaux, les deux analystes ont pu être influencés dans la lecture de leurs entretiens. Cependant, la triangulation de l'analyse, et les multiples relectures, limitent fortement ce biais et permettent d'augmenter la validité de l'étude.

5. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Deuxième édition. Montréal : ERPI; 2016, 828 p.
2. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010;11(4):255-72.
3. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
4. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):839.
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse). Ed Médecine et Hygiène ; 2010.
6. Canada, Santé Canada. Outils de communication II: la communication efficace ... à votre service. Ottawa: Santé Canada; 2001, 31 p. [Internet] [cité le 7 mai 2021]. Disponible sur : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-509-2001-2F.pdf>
7. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique*. 2007;Vol.19(5):413-25.
8. Stewart MA. Effective Physician-Patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-1433.
9. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control*. 1999;3(1):25-30.
10. Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994;272(20):1619-20.
11. Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med. Clin. North Am*. 2003;87 (5): 1115-1145.
12. Compagnon L, Bail B, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013 ;108 : 148-155
13. Beckman HB, Markakis AL, S AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice; Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*. 1994; 154(12):1365-1370.
14. Mantz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Groupe éthique et responsabilité professionnelle. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2006;190(6):1299-302.
15. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. *Legifrance*. [Internet] [cité le 9 mai 2021]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033479390/>
16. CNGE. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). 2016. [Internet]. [cité 9 mai 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maîtres_de_stage_universitaires_msu/
17. Hammoud MM, Morgan HK, Edwards ME, Lyon JA, White C. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning ? A review of the literature. *Adv Med Educ Pract*. 2012;3:19-30

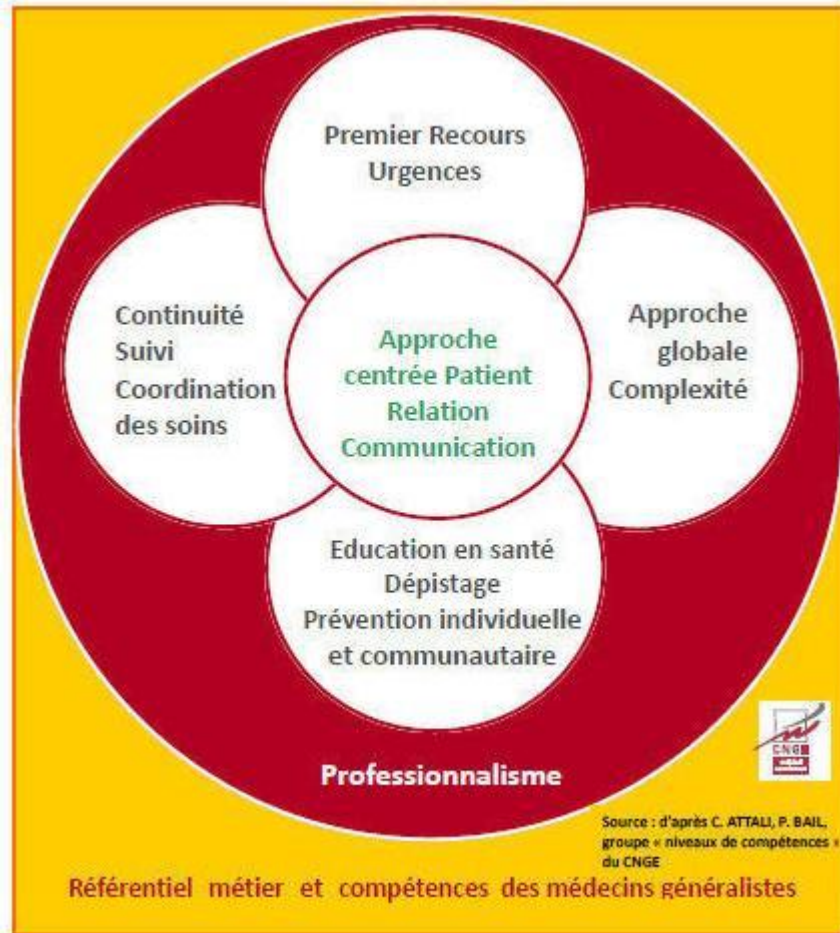
18. Maloney S, Storr M, Morgan P, Ilic D. The effect of student self-video of performance on clinical skill competency: a randomised controlled trial. *Advances in Health Sciences Education*. 2013;18(1):81-9.
19. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, Gunvar T, Yildirim E, Sisli Z, et al. Is the use of videotape recording superior to al feedback alone in the teaching of clinical skills ? *BMC Public Health*. 2009;9:474.
20. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;292(6535):1573-6.
21. Lambelet D. « Image, dis-moi... » ou la formation à l'aide de la vidéo. *Revue des sciences de l'éducation*. 2009;16(3):405-14.
22. Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, et al. Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*. 2004;38(2):145-57.
23. Fukkink RG, Trienekens N, Kramer LJC. Video Feedback in Education and Training: Putting Learning in the Picture. *Educational Psyc@hology Review*. 2011;23(1):45-63.
24. Beckman HB, Frankel RM. The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med*. 1994;9(9):517-21.
25. Zick A, Granieri M, Makoul G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*. 2007;68(2):161-6.
26. Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. *Patient Educ Couns*. 2014;97(1):59-66.
27. Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Bordeaux 2, 1998.
28. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication: enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse de médecine : Université Joseph Fourier de Grenoble, 2012.
29. De Jongh N. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, 2014.
30. Dumange L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Poitiers, 2014.
31. Lutaud R, Sanselme A . Mise en œuvre d'une supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en situation authentique de soins : étude SENSAS. *exercer* 2020; 168: 473 - 4
32. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2020.

33. Rouland P. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient: étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2016.
34. Chauvin B. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen: Cadre légal et pratique. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2018.
35. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale: opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur 87 communication au moyen de l'enregistrement vidéo. Thèse de médecine : Université de médecine de Nice-Sophia Antipolis, 2011.
36. Jacquet G. État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international. Thèse de médecine : Université de médecine et de pharmacie de Rouen, 2018.
37. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349-57
38. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician.* 2001;47:2494-9.
39. Smans G, Bally J-N, Outabia M, Plotton C, Gocko X. Éducation I Communication et deuxième cycle. 2017;8.
40. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente. *Pédagogie médicale.* 2001;2(4):199-205.
41. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract.* 1995;45(392):137-41
42. Servant JB, Matheson JA. Video recording in general practice: the patients do mind. *J R Coll Gen Pract.* 1986;36(293):555-6.
43. Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract.* 1984;34(268):607-10.
44. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;291(6491):315-7.
45. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *Br Med J.* 1979;1(6179):1686-8.
46. Van den Eertwegh V, van der Vleuten C, Stalmeijer R, van Dalen J, Scherpbier A, van Dulmen S. Exploring residents' communication learning process in the workplace: a five-phase model. *PLoS ONE.* 2015;10(5):e0125958.
47. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med.* 2003;78(8):802-9.
48. 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.* 2002;3(1):33-7.
49. 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.* 2016;92(1090):431-5.
50. Boucher G, Cayer S., St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin- patient. La supervision directe du RII dans une unité de médecine familiale. *Le médecin de famille canadien* 1993,39:2006-12.

51. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2012;34(10):787-91.
52. Roua S. Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien: étude de faisabilité en Champagne Ardenne. Thèse de médecine : Université de Reims, 2014.

6. ANNEXES

Annexe 1 : La marguerite des compétences définie par le CNGE



Annexe 2 : Protocole SODEV

CONTEXTE

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

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

CADRE LÉGAL

CIL

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

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

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

DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT

INFORMATION ET CONSENTEMENT DE L'ÉTUDIANT

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

INSTALLATION DE LA CAMÉRA

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

INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

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

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

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

LECTURE ET SUPPRESSION DES ENREGISTREMENTS

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

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

PROPOSITIONS PÉDAGOGIQUES EN SODEV

SPÉCIFICITÉS DE LA SODEV PAR RAPPORT AUX SUPERVISIONS HABITUELLES

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

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

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

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

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

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

ENVIRONNEMENT, OBJECTIFS ET OUTILS

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

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

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

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

Annexe 3 : La grille CNGE

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

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

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

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

Démarche diagnostic

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

13. <i>En cas de renouvellement</i>			
<i>S'enquière de ce qui se s'est passé depuis la dernière fois</i>	N	A	C
<i>Questionne sur l'acceptation du traitement</i>		A	C
<i>Recherche la tolérance au traitement/ effet secondaire/ iatrogénie</i>	N	A	C
14. Élabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien	N	A	C
15. Prend en compte la prévalence en médecine générale		A	C
16. Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme	N	A	C
Examen clinique			
17. Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique	N	A	C
18. Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation	N	A	C

- | | | | | |
|-----|---|----------|---------|---------|
| 19. | Poursuit l'entretien durant l'examen physique | | A | C |
| 20. | Réalise l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation | respecte | explore | negocie |
| 21. | Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent | | A | C |

À L'issue de la démarche

- | | | | | |
|-----|--|----------|----------|----------|
| 22. | Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et décisionnelle | confirme | complète | complète |
| 23. | Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires | | A | C |

ÉLABORATION D'UN PROJET NÉGOCIÉ ; DÉCISION PARTAGÉE

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

24. En cas de renouvellement

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

- | | | | | |
|-----|---|---|---------|--------|
| 25. | Utilise un langage clair et accessible | N | A | C |
| 26. | Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique | N | A | C |
| 27. | Informe en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre) | | Informe | Adapte |
| 28. | Vérifie la compréhension et l'accord du patient | | A | C |
| 29. | Prends en compte et s'adapte à l'avis du patient | | | C |
| 30. | Tient en compte de la temporalité / du cheminement du patient | | | C |

METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

- | | | | | | |
|-----|---|---|----------|----------|-------------|
| 31. | Propose une intervention non médicamenteuse et médicamenteuse | N | A | C | |
| 32. | Prescrit les examens complémentaires de bilan et de suivi, si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant | | de bilan | de suivi | hiérarchisé |
| 33. | Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble | | A | C | |

ÉLARGIR ET ENVISAGER LA PRÉVENTION

- | | | | | |
|-----|---|---|-----------|------------|
| 34. | Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant | N | A | C |
| 35. | Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête | | A | C |
| 36. | Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient | | | C |
| 37. | Intègre l'entourage du patient dans la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient | | | C |
| 38. | Réalise démarche et gestes de dépistage | | A | C |
| 39. | Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l'empowerment | | A | C |
| 40. | Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique | | Participe | Activement |

INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUITÉ ET la PLURIDISCIPLINARITÉ

Planification du suivi et du projet

- | | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 41. | Renseigne le dossier médical | N | A | C |
| 42. | Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels | | A | C |
| 43. | Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient | | | C |
| 44. | Organise les consultations programmées et le recours à des tiers | | A | C |
| 45. | Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical | | A | C |

- | | | |
|--|---|---|
| 46. Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation | A | C |
| 47. Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge | A | C |
| 48. Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux | | C |

Établissement et entretien de la relation de soin

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

REPÉRAGE DES COMPÉTENCES (code couleur)	
○	Communication / Approche centrée patient
○	Approche globale / Prise en compte de la complexité
○	Premier recours / urgences
○	Prévention / Dépistage / Éducation thérapeutique
○	Continuité / Suivi / Coordination

Annexe 4 : Lettre d'information pour les maîtres de stage

Bonjour,

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

Nous proposons de nous rencontrer mercredi prochain,

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

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

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

Amicalement,

Grégory Reix

Annexe 5 : 1^{er} canevas d'entretien pour les internes

• **Préambule, consignes**

Il s'agit d'un travail de thèse portant sur la pédagogie des compétences des étudiants en situation authentique mais en direct différé.

Cette thèse explore l'intérêt que portent les internes de médecine générale à La Réunion sur l'utilisation de la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) comme outil de formation à la communication verbale et non verbale à l'aide si besoin de la grille CNGE. Elle recherche leurs points de vue sur les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique.

Les entretiens réalisés au fil des enregistrements, seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité afin de permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

• **Question d'introduction**

Parle-moi de ton expérience de supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV).

La séance de rétroaction

Parle-moi de ta rétroaction avec ton Maître de stage.

Comment et dans quelles conditions se sont déroulées les rétroactions ?

Qu'est-ce que ton MSU t'a apporté avec la vidéo qu'il ne t'aurait pas apporté sans ? Vous êtes-vous servi de la grille CNGE ? Comment ?

La relation MSU-étudiant

Parle-moi de l'aspect relationnel entre ton Maître de stage et toi. Dans quel climat se sont déroulées les rétroactions ?

La formation à la communication

Parle-moi de l'aspect pédagogique de la SODEV.

Quel regard portes-tu sur cette méthode pédagogique pour la formation en communication professionnelle des internes de médecine générale ?

Qu'est-ce que cette méthode pédagogique t'a apporté ?

Maintenant que tu as expérimenté cette méthode, souhaites-tu continuer à travailler tes compétences en communication ?

Quels seraient pour toi les principaux avantages et inconvénients à sa mise en place ?

L'enregistrement vidéo

Comment s'est passée la réalisation de l'enregistrement vidéo ? Parle-moi des aspects techniques. Problèmes techniques ?

Parle-moi du déroulement de la consultation, ou encore de tes ressentis lors de la réalisation du film.

Conclusion

Selon toi, quel est l'avenir de cette méthode pédagogique ? Penses-tu qu'elle puisse être prise en compte lors de la validation du stage ambulatoire de l'interne de médecine générale ?

Annexe 6 : Dernier canevas d'entretien

• **Préambule, consignes**

Il s'agit d'un travail de thèse portant sur la pédagogie des compétences des étudiants en situation authentique mais en direct différé.

Cette thèse explore l'intérêt que portent les internes de médecine générale à La Réunion sur l'utilisation de la SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo) comme outil de formation à la communication verbale et non verbale à l'aide si besoin de la grille CNGE. Elle recherche leurs points de vue sur les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'objectif étant de faire surgir le plus d'idées possibles sur ce sujet.

Les entretiens réalisés au fil des enregistrements, seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité afin de permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

Question d'introduction

Parle-moi de ton expérience de SODEV.

La séance de rétroaction

Parle-moi de ta rétroaction avec ton Maitre de stage.

Comment avez-vous structuré le débriefing ?

Quels étaient tes ressentis lors des séances de rétroaction ?

Comment as-tu réagi en te voyant filmé ?

Quelle a été la participation de ton MSU pendant la rétroaction ? Comment tu jugerai son évaluation pendant votre débriefing ?

Pour toi quel est le rôle du MSU dans cette méthode ?

Vous êtes-vous servis de la grille CNGE ? Comment ? A quoi cela t'a servi d'utiliser la grille ? As-tu des remarques sur la grille sur sa facilité ou les difficultés d'utilisation ?

La relation MSU-étudiant

Est-ce que l'outil, la méthode, le débriefing ont eu une influence sur votre relation ? Est-ce que cette méthode a eu un impact sur le déroulement de ton semestre ?

La formation à la communication

Au fil des séries d'entretiens as-tu vu une évolution ou pas ? Est-ce qu'il y a eu des consultations plus intéressantes que d'autres ?

Qu'est-ce que cette méthode pédagogique t'a apporté ?

Quels sont les points positifs et les points négatifs que tu peux mettre en avant ?

L'enregistrement vidéo

Comment s'est passée la réalisation de l'enregistrement vidéo ? En terme de matériel et en terme de temps.

Parle-moi du déroulement de la consultation filmée. Est-ce qu'il y a eu des problèmes pendant la consultation à cause de la caméra ?

En pratique comment s'est passé le choix des consultations ? Comment as-tu fait pour l'obtention du consentement ?

Quel serait le nombre d'enregistrements idéal au cours du semestre ?

En terme de temps, combien de temps tout ça vous a pris ? Est-ce que tu as des suggestions à apporter par rapport à ça ?

Conclusion

Selon toi, quel est l'avenir de cette méthode pédagogique ? Est-ce que tu penses que ça devrait être intégré à l'enseignement ?

Est-ce que tu recommanderais cette méthode à d'autres internes ?

Si tu devais améliorer cette expérience, qu'est-ce que tu proposerais ?

Penses-tu que cette expérience puisse être intégrée à la feuille de validation de fin de stage ambulatoire de l'interne de médecine générale ?

Est-ce que tu penses que les internes ont besoin d'une formation spécifique sur la communication dans leur cursus ?

Annexe 7 : Consentement du patient à l'enregistrement audiovisuel d'une consultation

Madame, Monsieur,

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

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

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

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

L'enregistrement sera définitivement effacé dès ce jour. Aucune diffusion n'est à craindre

(Art 9 du Code civil sur le respect de la vie privée – Loi Informatique et libertés : Règlement Général pour la Protection des Données).

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

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

Pr Jean Marc FRANCO, directeur du Département

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

Fait à, le à heures

Signature

Annexe 8 : Consentement de l'étudiant à la supervision par observation directe

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

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

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

Vous serez responsable de la mise en œuvre de la SODEV. Vous vous engagez à respecter toutes les règles de la SODEV (cf. protocole). Le champ couvert par la caméra comprendra le médecin, le patient et son éventuel accompagnant.

En revanche, l'examen physique sera toujours pratiqué hors-champ visuel avec enregistrement du son uniquement.

L'enregistrement débutera après que vous avez obtenu le consentement écrit du patient et se terminera après son départ de la salle de consultation. Après visionnage de l'enregistrement, en séance de rétroaction privée entre le MSU et vous, cet enregistrement sera détruit et la carte formatée. Aucune diffusion ou copie n'est autorisée. Tout manquement à ces règles est passible de poursuites judiciaires (Art 9 du Code civil, sur le respect de la vie privée – Loi Informatique et libertés : Règlement Général pour la Protection des Données).

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

Pr Jean Marc FRANCO Directeur du Département

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

Fait à, le

Signature

7. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Expérimentation de la supervision par observation directe par enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé : étude qualitative auprès des internes de médecine générale à La Réunion

Résumé

Introduction : La SODEV est un outil pédagogique pour l'enseignement à la communication utilisé depuis de nombreuses années dans les pays anglo-saxons. En France, cet outil est utilisé seulement dans trois DUMG par méconnaissance du concept et obstacles matériels et/ou juridiques. L'objectif de cette étude était d'explorer l'acceptabilité, la faisabilité et l'intérêt de la SODEV des internes de médecine générale à La Réunion pour leur formation à la communication en santé.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs, individuels, menés auprès d'internes de médecine générale de niveau un et SASPAS à La Réunion. L'analyse des données utilisait le principe de la théorisation ancrée.

Résultats : Onze internes ont été interrogés entre février 2020 et février 2021. L'intérêt des internes a fait l'unanimité sur le caractère innovant, intéressant, et formateur de l'outil vidéo sur le développement de leurs habiletés communicationnelles dans la relation médecin-patient. L'inconvénient principal à sa mise en place était le caractère chronophage de la supervision vidéo. Cet inconvénient était acceptable devant les bénéfices tirés de l'expérience. La mise en place technique était simple. L'acceptabilité des patients était bonne. Les internes ont considéré la SODEV comme un outil privilégié pour aborder les champs de la communication verbale et non verbale au cours des supervisions.

Conclusion : La SODEV est un outil pédagogique intéressant, acceptable et dont la mise en place est réalisable au sein du DUMG de La Réunion. Les internes sont favorables à son développement au sein du programme d'enseignement du 3eme cycle des études médicales.

Discipline : Médecine générale

Mots-clés : Communication, internat, relation médecin-patient, outil vidéo, médecine générale, enseignement, recherche qualitative

Experimentation with direct observation by video recording (SODEV) for training in health communication: a qualitative study of general medicine residents in Reunion Island

Abstract

Background : SODEV is a pedagogical tool for teaching communication skills that has been used for many years in English-speaking countries. In France, this tool is only used in three DUMG due to lack of knowledge of the concept and material and/or legal obstacles. The objective of this study was to explore the acceptability, feasibility and interest of the SODEV for general medicine residents in Reunion Island for their training in health communication.

Method : Qualitative study by individual semi-directive interviews with level one general medicine residents and SASPAS in Reunion Island. The data analysis used the principle of grounded theory.

Results : Eleven residents were interviewed between February 2020 and February 2021. The residents were unanimously interested in the innovative, interesting, and formative character of the video tool on the development of their communication skills in the doctor-patient relationship. The main drawback to its implementation was the time-consuming nature of video supervision. This disadvantage was acceptable in view of the benefits derived from the experiment. The technical set-up was simple. The patients' acceptability was good. The residents considered SODEV to be a privileged tool for addressing the fields of verbal and non-verbal communication during supervision.

Conclusion : SODEV is an interesting and acceptable pedagogical tool that can be implemented in the DUMG of Reunion Island. The residents are in favor of its development within the teaching program of the 3rd cycle of medical studies.

Discipline : General practice

Keywords : Communication, residence, doctor-patient relationship, video tool, general practice, teaching, qualitative research