



HAL
open science

Utilisation et évaluation de la grille d'observation par compétence lors d'une supervision par vidéo (SODEV) par les étudiants SASPAS en Haute-Normandie

Khadija Maoui

► To cite this version:

Khadija Maoui. Utilisation et évaluation de la grille d'observation par compétence lors d'une supervision par vidéo (SODEV) par les étudiants SASPAS en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04348476

HAL Id: dumas-04348476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04348476>

Submitted on 16 Dec 2023

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 ROUEN UFR MEDECINE ET
PHARMACIE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

ANNEE 2023

N°

Présentée et soutenue publiquement le 26 octobre 2023

Par **Khadija MAOUI**

Née le 24 mai 1992 à Rouen

Utilisation et évaluation de la grille d'observation
par compétence lors d'une supervision par vidéo
(SODEV) par les étudiants SASPAS en Haute-
Normandie

Président du jury : Pr Matthieu SCHUERS

Directeur de thèse : Pr Pascal BOULET

Membre du jury : Dr Pierre-Alexandre LAMBERT

Invité du jury : Pr Philippe NGUYEN-THANH

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie

Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale

M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
----------------------------------	---------------

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Matthieu Schuers, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

A mon directeur de thèse et membre du jury,

A Monsieur le Professeur Pascal Boulet, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir guidé dans la réalisation de cette thèse, merci pour votre grande aide, votre disponibilité et vos conseils.

A Monsieur le Docteur Pierre Alexandre Lambert, merci d'avoir accepté de participer à cette thèse et de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Philippe Nguyen Thanh, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant tout l'internat et lors de mes sept mois de stage à votre cabinet. Vous avez grandement contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Merci pour tous vos encouragements.

A Monsieur le Docteur Edouard Lichtblau, merci pour vos encouragements.

A Madame le Docteur Marie Adam, merci pour ton accueil à la maison médicale, merci également aux Docteurs **Justine Barret**, **Isabella Marino**, **Marie Sarazin**, **Charlotte Viannaye**, **Caroline Jouen**, **Yveline Sevrin**, **Elisabeth Mauviard** et à toute l'équipe de la maison médicale Armstrong.

A Monsieur le Docteur Lalanne Jean Claude, merci de m'avoir encouragé à me diriger vers ce beau métier qu'est la médecine générale.

A ma Maman, merci d'avoir toujours été là, merci pour tous les sacrifices que tu as pu faire pour nous. Les mérites de ma réussite te reviennent entièrement, sans toi je ne serais jamais arrivée jusque là. Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui, tu es mon exemple, mon modèle.

Merci pour ton amour et ton soutien permanent.

A mon Papa, paix à ton âme, j'espère que tu es fière de moi là où tu es.

A mon mari, Sofiane, merci de m'avoir supporté durant ces années et ces derniers jours avant la thèse qui n'ont pas été facile. Merci pour tout ce que nous partageons au quotidien. Merci pour ton soutien qui a été d'une grande importance pour moi. Je te remercie pour tous les bons moments et espère en vivre d'autres à tes côtés.

Merci pour ton amour.

A mes grands-parents, merci jadis de m'avoir dirigé vers la médecine et jadis pour toutes tes prières. Merci à vous pour votre soutien depuis toujours et pour tout ce que vous m'apportez.

A mon frère Alaa-Eddin, merci d'avoir été présent du début à la fin de mes études. Merci pour ton soutien, ton réconfort, ta gentillesse, ta patience. Merci pour tous les repas préparés haha, pour toutes les fois où tu es venue me récupérer en voiture et pour tout le reste (la liste est longue), merci d'avoir donné de ton temps pour moi.

Merci d'avoir relu ce travail et de m'avoir aidé pour la mise en page.

Merci **Louise** pour tes encouragements et ta gentillesse.

A mon frère Sofiane, merci pour ta bonne humeur, merci pour tous ces bons moments passés, merci mon acolyte de vacances, merci pour les fous rires.

A la meilleure de toutes les sœurs, **Leïla**, merci de toujours être là pour moi, merci pour ton soutien, ton amour, ta douceur. Au meilleur des beaux-frères **Azzedine**, merci pour ton soutien et tous tes encouragements.

A mon frère **Akim**, merci de m'avoir toujours traité comme une princesse haha, merci de toujours croire en moi.

A ma **Kamelia**, merci pour tout ! Merci pour cette belle complicité, merci pour ta présence et ton soutien sans faille, un grand merci à toi aussi **Semballa** pour ta présence, ton accueil, ton soutien et tes encouragements. Merci à vous d'avoir toujours été là pour moi et merci de nous avoir donné deux magnifiques princesses : **Neïssa** et **Assiya**.

A ma **Zahira**, merci pour ton soutien, ta présence à toutes les étapes de ma vie. Merci pour toutes les soirées passées devant les cours de chimie organique en P1, merci pour tous les bons moments. Merci **Amine** pour ta bonne humeur et ta grande gentillesse, merci **Assya**, merci **Imran** et **Aymen**.

A ma khalti **Najet** et khali **Lhoucine**, merci pour votre présence et votre soutien, merci à ma **Zayneb**, à **Kabira** la grande et **Kabira** la petite de toujours répondre présente quand il y a besoin. Merci pour votre soutien et merci à toute **la famille Dahabi**.

A ma **Fatiha**, merci d'être là, merci pour tes encouragements, merci pour le réconfort que tu m'apportes, pour ta présence et pour ta générosité. Merci à toi, **Khatib** et les enfants de toujours nous accueillir et de nous faire passer de beaux moments.

A ma famille au Maroc, merci **Aïcha** pour tout ce que tu as fait et tu fais encore pour moi, merci **Riad**, merci khali **Abdelmoncef** pour tes encouragements, merci khalti **Cherifa**, khalti **Meriem**, khalti **Halima**, mes oncles et mes cousins et cousines.

A Madame Nguyen Thanh, merci de m'avoir accueilli chez vous lors de mon stage à Vernon, merci pour tous les bons petits plats, merci pour votre gentillesse et tous vos encouragements.

A mes amies de longue date, **Annaël**, **Sarah**, **Laëtitia**, **Maité**, **Floriane** merci pour vos encouragements tout au long de ce parcours et pour tous les bons moments.

Merci à mon amie **Pauline**, tu as toujours été présente pour moi, je ne serais jamais assez reconnaissante de tout ce que tu as fait.

Merci à mes copines de fac, **Maëva, Maïssa, Bénédicte, Zoé, Justine, Elisa, Fanny, Anne-Claire** et aussi **Victor** pour toutes ces années passées ensemble entre examens, stress et merveilleux moments. Merci Maëva pour ton aide précieuse lors du travail de cette thèse, merci de m'avoir donné de ton temps, Maïssa merci de m'avoir rassuré, Bénédicte merci pour ton soutien, Hanieh merci pour tes encouragements malgré la distance.

A **Michella**, la meilleure de toutes les avocates mais avant tout une de mes meilleures amies. Merci de toujours croire en moi.

A ma **Siham** et ses enfants : **Safir, Sakyna, Suleyman, Safa**, merci de me redonner confiance en moi à chaque fois, merci pour tous ces moments partagés ensemble, pleins de belles choses pour ta nouvelle vie au Maroc, tu me manques horriblement !
A ma **Chaymae**, merci de m'avoir remonté le moral et merci de m'avoir toujours encouragé à ne rien lâcher. A ma **Mounia**, merci pour ta gentillesse, tous tes compliments, pour ta bonne humeur et ton soutien.

Et enfin à ma **Sarah**, merci pour tout ! Merci de me tirer vers le haut, merci pour tout ce qu'on a partagé, merci de m'encourager, merci d'avoir les bons mots à chaque fois.

Liste des abréviations par ordre alphabétique :

- CoSiR : Consultation simulée avec rétroaction
- CNGE : Congrès national des généralistes enseignants
- DES : Diplôme d'étude spécialisé
- DFASM : Diplôme de formation approfondie en science médicale
- DFGSM : Diplôme de formation générale en science médicale
- DMG : Département de médecine générale
- DPD : délégué de la protection des données
- GEP : Groupe d'échange de pratiques
- GNE : Groupe national d'expert
- MSU : Maître de stage universitaire
- RSCA : Récit de situation complexe authentique
- SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
- SENSAS : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo en situation authentique de soins
- SIFEM : Société internationale francophone d'éducation médicale
- SODEV : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo
- VHS : Video home system

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	21
A.	Contexte	21
B.	La formation française de médecine générale	21
1.	Généralités	21
2.	La supervision directe et indirecte	22
a)	La supervision directe.....	22
b)	La supervision indirecte.....	22
3.	Les différents outils d'évaluation des internes.....	24
C.	Les compétences	24
1.	Les différentes compétences.....	25
2.	La compétence communicationnelle et les modalités d'enseignement de la communication à Rouen.....	27
D.	La SODEV.....	29
1.	Origine, déploiement et état actuel du déploiement de la SODEV en France.....	29
a)	Origine de la SODEV	29
b)	Déploiement de la SODEV en France	29
c)	État actuel du déploiement de la SODEV en France.....	34
2.	La réalisation d'une SODEV à Rouen	36
3.	L'utilisation de l'outil grille dans l'évaluation des étudiants	37
a)	L'outil grille.....	37
b)	La grille d'observation des compétences	38
E.	Bibliographie	40
F.	Annexes	48
II.	ARTICLE	54
	RESUME	55
	INTRODUCTION	57
	METHODE.....	59
A.	Type et période d'étude.....	59
B.	Population d'étude	59
C.	Protocole et recueil des données.....	59
D.	Objectifs de l'étude.....	60
a)	Objectif principal de l'étude.....	60
b)	Objectif secondaire de l'étude	60
E.	Analyse statistique	60
	RESULTATS	61
A.	Résultats quantitatifs	61
a)	Analyse descriptive de la population	61
b)	Résultats généraux.....	62
c)	Objectifs pédagogiques et prescriptions pédagogiques.....	65
d)	Comparaison des réponses aux items.....	71
e)	Objectifs pédagogiques les plus redondants.....	75
f)	Comparaison objectifs pédagogiques de départ et de fin, les plus définis	76
B.	Résultats qualitatifs.....	76
a)	Apport de la grille de supervision.....	76
b)	Évaluation de la méthode pédagogique.....	77
	DISCUSSION.....	78
A.	Synthèse des résultats	78
B.	Limites de cette étude	79
a)	Biais de classement	79
b)	Biais de sélection.....	80
c)	Biais de confusion.....	80
C.	Forces de cette étude	81
a)	Limiter les biais de suivi.....	81
b)	Limiter les biais de recrutement.....	81

c)	limiter les biais de classement.....	82
d)	limiter les biais de confusion	82
e)	augmentation de la fiabilité des résultats	82
f)	apport de la recherche.....	83
g)	système d'évaluation	83
D.	<i>Utilisation de la grille d'évaluation.....</i>	84
a)	pertinence de la grille.....	84
b)	compétence communication	84
c)	points d'amélioration	85
E.	<i>Objectifs supplémentaires</i>	86
F.	<i>Perspectives.....</i>	87
CONCLUSION		88
BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE		89
III.	ANNEXES.....	91
IV.	RESUME.....	101

I. Introduction

A. Contexte

Une grille d'observation de la progression des compétences de l'interne est un des outils utilisés dans le programme d'enseignement de la communication lors de la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV). Cet enseignement est intégré dans le cursus de formation des étudiants en médecine générale au sein du département de médecine général (DMG) de la Faculté de médecine générale de Rouen.

B. La formation française de médecine générale

1. Généralités

Le DES se déroule sur six années de parcours commun puis, trois années de spécialisation au cours de l'internat à la suite du choix de sa spécialité. Le diplôme d'étude spécialisé (DES) en médecine générale, qui s'obtient à la fin d'un cursus de neuf années et bientôt dix à partir de la rentrée universitaire de novembre 2023, selon les déclarations du ministre de la Santé (1), a pour objectif la spécialisation en médecine générale. Le décret du 22 Septembre 2004 fixe la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (2). Le métier et les compétences requises pour exercer le métier de médecin généraliste sont décrits dans le référentiel métier du médecin généraliste (3,4).

Depuis la rentrée 2017 à la suite de la réforme du DES, le cursus est divisé en une phase socle de deux semestres (identique dans le DES de quatre ans) puis une phase d'approfondissement d'une durée de quatre semestres (identique dans le DES à quatre ans sauf pour les stages) (1,5). Les trois années d'internat sont actuellement divisées en six semestres avec des stages à l'hôpital et chez le praticien au vu de la diversité de notre métier.

Il y a deux stages chez le praticien, un de premier niveau qui est un stage où l'étudiant, accompagné par des maîtres de stage universitaire (MSU), observe puis réalise diverses tâches d'apprentissages sous la supervision de son MSU et parfois en autonomie lui permettant de progresser dans certaines des

compétences à acquérir. Ce stage se déroule durant la première année de formation. Vient durant la dernière année du D.E.S, un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) par des MSU.

Durant ces stages ambulatoires, la supervision, temps essentiel pour que l'étudiant puisse réfléchir sur ses compétences à acquérir, se décline sous deux formes : la supervision directe et indirecte.

Quelle que soit la méthode utilisée, le MSU effectue une séance de rétroaction où l'étudiant, à l'aide d'une grille d'évaluation ou non, va faire le récit de plusieurs consultations choisies soit au hasard ou selon des objectifs prédéfinis par le MSU ou par l'étudiant.

À la suite de ces séances de supervision certains points seront soulevés et divers objectifs élaborés entre le MSU et l'interne aboutissant à une prescription pédagogique (6, 7).

2. La supervision directe et indirecte

a) La supervision directe

Elle peut s'effectuer de différentes manières, en présence du MSU, avec enregistrement vidéo, à l'aide d'un miroir sans tain et avec enregistrement sonore.

A Rouen, la supervision directe avec présence du MSU et celle avec enregistrement vidéo sont les deux méthodes utilisées.

La supervision directe avec présence du MSU se fait préférentiellement lors du stage de premier niveau ou en début de SASPAS. Le MSU participe à la consultation de façon plus ou moins active (8).

b) La supervision indirecte

Dans cette configuration où le MSU est totalement absent de la consultation menée par l'étudiant ; la supervision repose sur le récit clinique de l'interne. L'étudiant autoévalue ses compétences et fait part de son ressenti et ses questions au MSU.

Elle doit se faire le jour même ou peut-être différée (8).

Ce mode de supervision présente des avantages car il permet un apprentissage centré sur les compétences plutôt qu'un enseignement (9) et évite le stress potentiel généré par la présence du MSU lors de la consultation.

Mais il existe aussi des inconvénients tels que les biais de mémorisation de la part de l'interne pouvant éluder certains aspects de la consultation et fournir un récit clinique incomplet ce qui peut compliquer l'évaluation de la consultation par le MSU (10). De plus, cette méthode ne permet pas d'approfondir les compétences relationnelles et de communication de l'interne.

3. Les différents outils d'évaluation des internes

Chaque étudiant au cours du DES est suivi par un tuteur qui l'accompagne durant son apprentissage, évalue ses compétences et sa progression à l'aide de différents outils.

Les différents outils seront regroupés dans un portfolio permettant de documenter l'acquisition des compétences des étudiants (11, 12).

L'acquisition des compétences par les étudiants est évaluée à l'aide de « niveaux de compétences » (14). Un groupe d'expert a ainsi défini trois niveaux : novice, intermédiaire et compétent qui sont attendus au cours du cursus de troisième cycle de médecine générale.

Les traces d'apprentissages sont variées (15), il existe les vignettes, les récits de situations complexes authentiques ou RSCA, les groupes d'échanges de pratique ou GEP (16), les ateliers communication qui sont obligatoires à l'université de Rouen et aussi des traces dites optionnelles. Les évaluations de stages participent à la certification de l'étudiant.

C. Les compétences

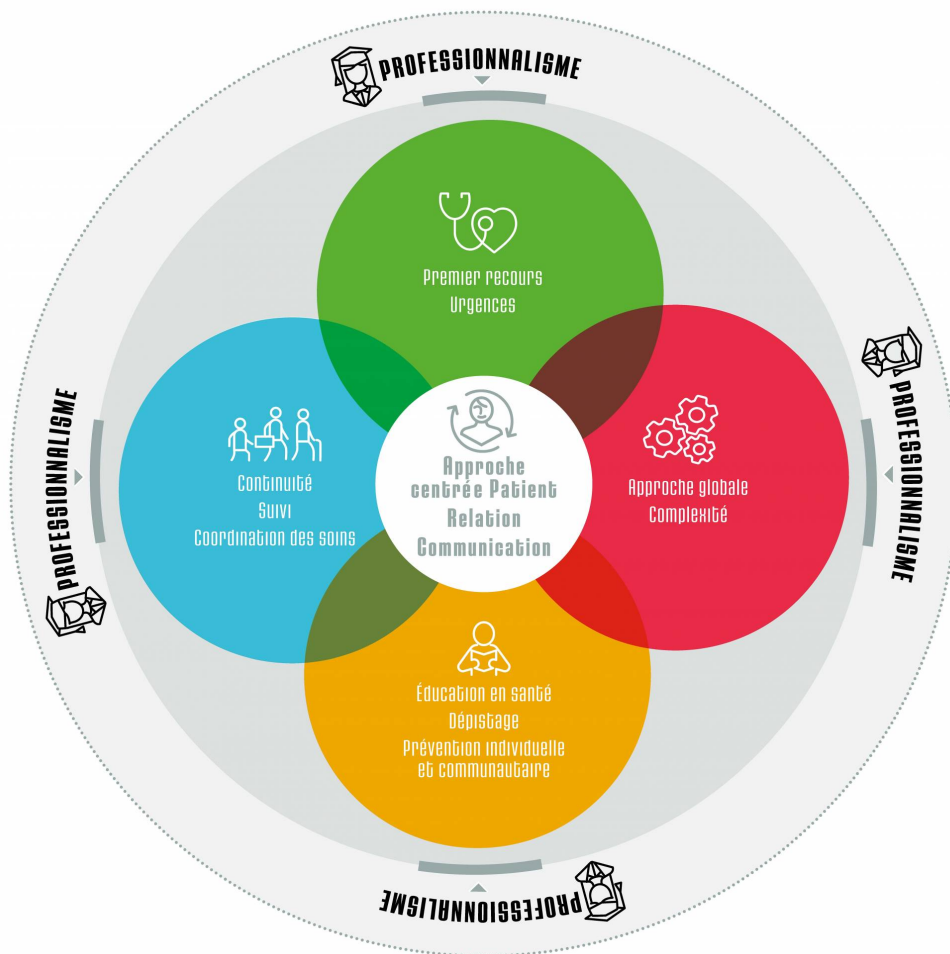
La formation des internes est basée sur un apprentissage par compétences sur lesquelles l'étudiant doit avoir progressé au cours des différents stages (17). Une compétence est définie comme un savoir agir complexe variable en fonction du contexte, intégrant plusieurs types de ressources (savoirs, savoir-faire, savoir-agir) qui permet l'identification et la résolution de problèmes. Elle rend compte de la complexité du métier de médecin généraliste (3,18). La certification clôt ses années de formation. La certification de l'acquisition des compétences en fin de troisième cycle de médecine générale a pour objectif d'attester que le futur médecin possède la capacité de mobiliser et de combiner ses ressources de façon appropriée (19). L'étudiant termine sa formation par sa soutenance de thèse.

La quatrième année, correspondant à la phase de consolidation, qui débiterait en 2026, est destinée à renforcer la professionnalisation des étudiants dénommés « docteurs juniors » comporterait au moins un stage en milieu

ambulatoire en autonomie supervisée dans des zones à faibles densité médicales.

1. Les différentes compétences

Les différentes compétences sont définies dans le référentiel métier et compétences qui a été publié en juin 2009 pour les médecins généralistes (3,19). Six compétences génériques ont été élaborées par un groupe national d'experts (GNE) issus de différents départements de médecine générale avec l'aide de groupes de travail régionaux permettant d'enrichir la réflexion du GNE. Les six compétences sont représentées dans la marguerite des compétences (19,20, 21) :



Pour exercer la spécialité, le médecin applique ses compétences dans trois champs d'activité : la démarche clinique, la communication avec les patients, la gestion du cabinet médical (22).

Comme discipline scientifique centrée sur la personne trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales : contextuelle, comportementale, scientifique (22).

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation (13).

Afin de progresser dans l'acquisition des compétences l'étudiant doit les aborder au travers de situations cliniques qui sont divisées en 11 familles de situation (23) :

- 1- Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
- 2- Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires
- 3- Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- 4- Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
- 5- Situations autour de la sexualité et de la génitalité
- 6- Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- 7- Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- 8- Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/mécolégaux sont au premier plan
- 9- Situations avec des patients difficiles/exigeants
- 10- Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- 11- Situations avec des patients d'une autre culture

2. La compétence communicationnelle et les modalités d'enseignement de la communication à Rouen

La communication se définit comme l'action de communiquer, transmettre et informer. Elle comprend les notions d'échange de l'information et permet de développer une relation (24).

Une communication professionnelle en santé efficace est essentielle à la qualité des soins. Une étude menée en 2009 par Zolnierek montrait qu'une mauvaise communication majorait de 19 % la non-adhésion du patient à la thérapeutique et qu'un médecin formé à la communication augmentait les chances d'adhésion du patient d'un facteur 1,62 (25).

L'enseignement de la communication à Rouen débute dès la deuxième année de médecine et concerne l'ensemble des étudiants.

Dix-huit séances (27 heures au total) sont assurées par un professeur de communication pendant le premier cycle des études de médecine (DFGSM 2 et 3). Pendant l'externat, l'enseignement à la communication est facultatif en quatrième (DFASM1) et cinquième (DFASM2) année de médecine depuis 2018. Il concerne 50 étudiants pour un volume horaire annuel d'une trentaine d'heures. La formation est entièrement réalisée sous la forme de jeux de rôles. Des scénarios préexistants sont joués par les étudiants. L'analyse est assurée par un professeur de communication. Des médecins sont régulièrement invités pour apporter leur expertise durant le debriefing selon le thème étudié.

Pour les étudiants ayant validé ce niveau 1 de l'enseignement de la communication, un niveau 2 est désormais proposé à 20 étudiants de DFASM2 (24h) afin qu'ils puissent approfondir et parfaire leurs savoir-être, savoir-faire et savoir-dire.

Pendant l'internat de médecine générale, la formation à la communication est devenue un axe essentiel dans la formation des étudiants. Les objectifs sont de permettre à l'étudiant de savoir mettre en place une relation centrée sur le patient, comportant une aide, le soutien nécessaire et la mise en place d'une alliance thérapeutique et enfin de prendre conscience à la fois de ses habiletés et de ses besoins d'apprentissage pour progresser dans la prise en charge de son patient.

Cet enseignement se déroule sur les trois années du D.E.S (26) et s'appuie sur différents outils pédagogiques (26) :



SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo)

CoSiR (Consultation Simulée avec Rétroaction)

Atelier thématique

Jeux de rôle communication

- La Consultation Simulée avec Rétroaction, CoSiR, qui comporte une consultation simulée et filmée entre un interne-médecin et un comédien professionnel-patient, suivie d'une rétroaction entre l'interne, le comédien et un enseignant formé en communication.
- Des ateliers thématiques. Ce sont des ateliers indépendants les uns des autres centrés sur des thèmes spécifiques de communication (ex : gestion des émotions, formes de communication : langage verbal, non verbal, paraverbal), avec des comédiens et enseignants formés en communication.
- Les GEP communication : Ateliers en groupe de GEP supervisé par un enseignant formé en communication. Comporte des scénarios joués par les internes construits à partir de situations authentiques rapportés.
- La SODEV (Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo), qui permet une analyse différée d'une consultation authentique filmée entre l'étudiant et le patient. L'analyse menée conjointement par l'étudiant et son MSU repose sur des objectifs pédagogiques principalement orientés vers la compétence communicationnelle.

Lors de la supervision par observation direct avec enregistrement vidéo ou SODEV l'interne est filmé pendant la consultation au moyen d'une caméra et une séance de rétroaction est effectuée le jour même.

D. La SODEV

1. Origine, déploiement et état actuel du déploiement de la SODEV en France

a) Origine de la SODEV

Les premiers travaux retrouvés en lien avec la SODEV sont d'origines anglo-saxonne.

En 1979, Verby et al (28) montre que faire bénéficier un groupe de médecins « de premier recours » d'une supervision vidéo versus un groupe n'en bénéficiant pas améliore les capacités de communication.

Dans les années 1980, les universités québécoises utilisaient les prémices de la SODEV, à l'aide de caméras VHS (Vidéo Home System), et mettait en évidence les bénéfices sur l'auto-apprentissage de compétences (29).

En 1994, le General Medical Council (équivalent britannique du Conseil National de l'Ordre des Médecins) édite un guide de recommandations (30) pour les praticiens souhaitant filmer leur consultation.

Actuellement il s'agit d'une technique utilisée dans d'autres pays et plus particulièrement au Canada où elle est intégrée à la formation des internes à la relation médecin- patient.

b) Déploiement de la SODEV en France

Cette technique fait l'objet de plusieurs travaux depuis 1998 dans les différentes facultés.

Au départ les travaux étaient plutôt des expérimentations et non une utilisation en routine de la SODEV.

La première thèse est celle de William Durieux soutenue à Bordeaux en 1998. Il décrit dans une première partie la méthode de supervision utilisée à l'université de Montréal à la suite d'un stage effectué dans des unités de

médecine familiale. Dans la seconde partie il réalise une étude observationnelle et conclut qu'une séance de supervision directe devrait être suivie d'une synthèse clinique par l'interne, suivie d'une séance de rétroaction. Il ajoute également que la SODEV est une aide pour l'apprentissage à la structure de la consultation (31).

En 2002 Marc Vidal publie un article dans *Pédagogie Médicale* où il fait l'inventaire des différentes techniques pédagogiques à disposition des MSU. Il y évoque la supervision directe avec l'utilisation de la vidéo où il décrit cette technique comme objective et permettant d'analyser les capacités et difficultés dans la relation de l'interne (32).

En 2011 Caroline Armengau présente à Nice une thèse ayant pour objectif de recueillir les opinions des internes quant à l'utilité de la vidéo pour auto-évaluer leurs compétences en communication et proposer des pistes d'amélioration pour l'apprentissage de la communication en formation initiale. Elle note que l'autoévaluation est intéressante mais que celle-ci peut être améliorée grâce à une séance de rétroaction (33).

Elodie Pailhe présente en 2012 une thèse à Grenoble sur les avantages et les inconvénients de la SODEV et recueille le point de vue des MSU ayant utilisé cette méthode de supervision (34).

En 2014 en Champagne-Ardenne Sophia Roua réalise dans sa thèse une étude de faisabilité sur l'utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage niveau 1 chez le praticien (35).

Toujours en 2014, trois travaux conjoint réalisés par Nicolas De Jongh (36), Laetitia Dumange (37) et Augustin Houdusse (38) à Poitiers abordent la SODEV dans sa globalité. L'objectif de ce travail était de réaliser la mise en place d'un outil pédagogique associant la grille de Calgary-Cambridge et la SODEV permettant une aide dans l'apprentissage de la communication en médecine générale.

Nicolas De Jongh avait pour objectif principal de montrer que l'outil permettait d'améliorer la qualité de la rétroaction du point de vue du MSU.

Le travail de Laëtitia Dumange permettait de montrer que l'outil améliorait la qualité de la rétroaction du point de vue de l'interne de médecine générale.

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

Il ressort de ces travaux que l'auto-évaluation de l'interne améliore la qualité de la supervision mais n'est pas suffisante sans la participation du MSU.

Philippe Rouland publie sa thèse en 2016 à Bordeaux, l'objectif de son travail était d'analyser et d'identifier les freins à l'utilisation de la supervision vidéo lors des stages ambulatoire du DES de médecine générale en menant une enquête auprès des maîtres de stage et des internes. Les différents freins retrouvés sont la méconnaissance de la SODEV en France, un problème de formation, de matériel et de temps. Mais malgré ces freins il y a une perception favorable de la SODEV (39).

Les Professeurs Pascal Boulet et Philippe Nguyen Thanh ont fait une présentation lors du 18^{ème} CNGE (congrès national des généralistes enseignants) en 2018 concernant la SODEV et comment mettre en place cet outil dans le cadre de la supervision (40).

En 2018, Baptiste Chauvin présente sa thèse où il rapporte l'expérimentation de la supervision vidéo au département de médecine générale de Rouen. Dans ce travail, un protocole a été mis au point afin de fournir au MSU un encadrement légal et pédagogique (41).

La même année Gaëlle Jacquet réalise dans sa thèse un état des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo en France et à l'international afin d'enrichir le protocole établi à Rouen grâce aux autres expérimentations. Elle constate au cours de ce travail une faible utilisation de la SODEV en France mais un grand intérêt pour ce mode de supervision du fait de son apport pédagogique (42).

En 2019, à l'université Paris Est Créteil, Younes Touati soutient sa thèse sur la mise en œuvre d'une Supervision par Observation Directe avec Enregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS) : enquête quantitative de faisabilité et d'intérêt. Il montre que la SODEV semble faisable et est utile comme outil de formation et d'évaluation des apprentissages des internes de médecine générale au cours des stages ambulatoires. Elle pourrait aider les internes à construire leurs compétences professionnelles en renforçant le poids de la supervision directe dans la formation pédagogique et constituer un outil supplémentaire pour la certification. La généralisation de la SODEV dans le DES de médecine générale comme outil de formation est un objectif à condition que les MSU soient prêts à l'intégrer dans l'encadrement des internes (43).

En 2020 Mathieu Letellier présente une étude qualitative avec retour d'expérience des MSU et des internes à la suite de l'utilisation de la SODEV en stage de premier niveau à Rouen.

Il conclut que la supervision vidéo est une méthode intéressante pour améliorer les compétences en médecine générale notamment en communication, elle est applicable dès le premier niveau, l'étudiant participe activement à sa formation en réalisant une autoévaluation.

Le principal inconvénient soulevé est le manque de temps (44).

En 2021 Clément Pailloux soumet sa thèse à Rouen dans laquelle il a réalisé une étude qualitative sur le ressenti des patients concernant la SODEV.

Le retour des patients concernant la supervision vidéo est plutôt favorable.

Ils acceptent d'y participer principalement dans l'objectif d'aider l'interne à progresser.

Les patients ne sont pas gênés d'être filmé et leur comportement n'est pas modifié par la présence de la caméra. Ils n'ont pas remarqué de changement dans le comportement de l'interne malgré l'enregistrement vidéo (45).

Vincent Guerin, en 2021, dans sa thèse, étudie 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 à la Réunion.

Les retours sont positifs, ils estiment que la SODEV est un outil intéressant et acceptable pour développer la compétence communication.

Les maîtres de stage ont souligné l'intérêt de la SODEV dans l'enseignement de la communication avec un besoin de formation initiale des MSU en amont (46).

En 2021, Laura Faulmeyer, à Potiers, réalise dans sa thèse une étude qualitative sur la faisabilité de la supervision vidéo en stage SASPAS dans l'apprentissage des compétences relationnelles des internes de médecine générale. Elle conclut que La SODEV est une technique de supervision appréciée par les internes, leur permettant d'améliorer leurs compétences relationnelles avec les patients et que sa généralisation semble possible. La faisabilité de l'intégration de cette supervision en SASPAS dépend en grande partie des maîtres de stage et de leur implication dans la formation des internes. Il n'y a pas d'obstacle à la généralisation quand les MSU sont motivés et disponibles. (47).

Felicia Meunier, toujours en 2021, soutient sa thèse où elle réalise un consensus non formalisé sur les modalités d'adaptation de la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo auprès des Maîtres de Stage des Universités de l'Université Paris-Est Créteil. Dans le cadre de l'étude SENSAS (Mise en œuvre d'une Supervision directe par enregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins), la SODEV a été expérimentée par les maîtres de stage des Universités (MSU) de l'Université Paris- Est Créteil entre novembre 2017 et octobre 2018. L'objectif de cette thèse était d'élaborer auprès des MSU de l'étude un consensus non formalisé sur l'application de la SODEV dans le cursus des internes de médecine générale. Cette étude a permis d'établir un protocole d'application de la SODEV qui pourra être appliqué au sein de l'université Paris-Est Créteil (48).

Lors du 22^{ème} CNGE en 2022, Pr Pascal Boulet et Dr Paul Thillard ont réalisé la présentation d'une grille d'observation par compétences conçue par Claude Attali, Mathieu Bansard et Cécile Renoux. Cette grille inspirée de la grille, de Calgary Cambridge fut complétée par des items issus de la grille de Boguet et

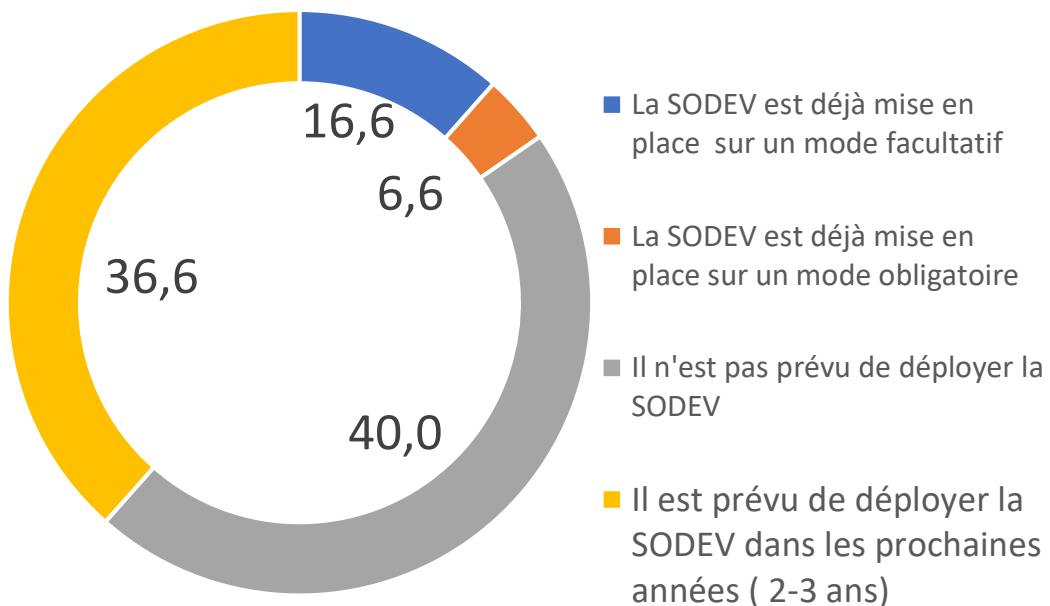
Ariot. Cette grille est utilisée actuellement à l'université de Rouen comme support d'évaluation lors des séquences de supervision vidéo et fait l'objet du travail de cette thèse (49).

c) État actuel du déploiement de la SODEV en France

La SODEV est en cours de développement en France.

Seul certains départements de médecine générale (DMG) l'ont développé.

Présentée lors de la SIFEM à Montréal (50), une enquête de 2023, réalisée par questionnaire informatique par le DMG de Rouen, à laquelle 88 % des DMG de France ont participé, montre que la SODEV est mise en place dans un peu moins d'un DMG sur cinq et que seuls 6,6 % des DMG l'ont rendue obligatoire dans le cursus de formations des étudiants en médecine générale. Plus du tiers des DMG prévoit son déploiement dans les prochaines années. L'évaluation de l'utilisation de la SODEV dans la thèse de Gaelle Jacquet en 2017 montrait que seuls 6,25 % des DMG utilisaient la SODEV. (42)



Dans cette enquête, 57 % des DMG demandaient un retour des étudiants après la réalisation d'une séquence de SODEV et le travail pédagogique était axé dans 57 % des cas autour de la compétence communicationnelle.

Les DMG n'ayant pas déployé la SODEV avançaient les raisons suivantes :

- Manque de Personnel : 56,2 %
- Moyens financiers : 30,4 %
- Chronophage pour les MSU : 26 %
- Méconnaissance du concept : 13 %
- Problème gestion technique : 13 %
- N'est pas dans l'axe pédagogique : 8,7 %
- Absence d'intérêt pédagogique : 0 %

2. La réalisation d'une SODEV à Rouen

A Rouen, les séquences SODEV concernent obligatoirement les étudiants en SASPAS et de façon volontaire les étudiants en stage chez le praticien de niveau 1.

En SASPAS, les étudiants doivent réaliser avec le MSU au moins trois SODEV au cours du semestre. Une première au bout de 2 mois de stage, une à 4 mois de stage et une en fin de stage au cours du 6ème mois. Initialement lors de l'introduction de la SODEV dans le cursus, l'étudiant et/ou le MSU choisissent la compétence à travailler ce qui est le cas dans notre travail. A présent, les items concernant la communication sont les seuls à être abordés lors des deux premières séances de supervision vidéo.

À la suite de la supervision par vidéo, l'interne réalisera une autoévaluation, temps réflexif de l'étudiant qui contribue à la richesse de la rétroaction. Une ou plusieurs vidéos seront analysées soit selon les difficultés ressenties par l'étudiant soit selon l'objectif défini au préalable avec le MSU. Le MSU y participe en effectuant une hétéroévaluation dans le même temps ou après l'étudiant. La confrontation et la discussion autour de ces évaluations permettront à l'étudiant d'identifier ses difficultés et de dégager avec le MSU des orientations pédagogiques permettant de modifier ses façons d'être et d'agir dans les consultations ultérieures.

La synthèse de ce travail est reportée par l'étudiant dans son portfolio à l'aide d'un questionnaire en ligne recensant les items d'apprentissage travaillés et une synthèse finale pour chaque séquence SODEV qui comporte les orientations pédagogiques définies avec le MSU (27).

A la fin des trois séances de SODEV l'étudiant livre sa réflexion concernant l'apport de la grille de supervision et une évaluation de la méthode pédagogique.

Afin de faciliter l'hétéroévaluation à la suite des séquences SODEV, la structuration de la séquence de rétroaction, indispensable, est facilitée par l'utilisation d'outils (38).

L'outil utilisé à la faculté de médecine de Rouen est la grille d'observation des compétences.

3. L'utilisation de l'outil grille dans l'évaluation des étudiants

a) L'outil grille

L'évaluation formative permet une meilleure progression des étudiants, elle permet l'analyse de cette progression tout en réalisant des adaptations pédagogiques répondant aux besoins de l'étudiant (51,52).

Pour cela, l'enseignant a besoin d'un outil d'évaluation formatif adapté (53).

Le dispositif d'évaluation utilisé doit permettre une évaluation globale, la méthode doit être fiable et reproductible et l'enseignant doit en connaître les forces et les limites.

Pour les séances de SODEV, l'outil choisi est une grille d'évaluation. Elle permet d'évaluer une performance (54). Elle est adaptée lors de la réalisation de tâches complexes par l'étudiant (53). Les grilles d'évaluation renforcent l'équité de jugement et de perception en utilisant des critères explicites à travers un instrument uniforme et en communiquant les attentes souhaitées à l'étudiant (54). Elles renforcent aussi la fidélité et la validité de l'évaluation. Les grilles sont adaptées à la pratique de la rétroaction dans les évaluations formatives et sommatives (55) et elles varient dans leur contenu et facilité d'utilisation (56).

Un des objectifs décrit dans la thèse de Paul Thillard et Victor Ferre (55) était d'identifier les grilles permettant une hétéroévaluation uniforme, efficiente et formative de la communication des internes de médecine générale lors du DES.

Trois grilles répondant à ces critères ont été évoquées :

- La grille de Calgary Cambridge simplifiée (annexe 1)
- MAAS global (annexe 2)
- Boguet et Ariot (annexe 3)

Ces grilles évaluent le champ le plus large de la communication en étant le moins redondantes possible dans les objectifs d'apprentissage de la communication.

Cependant même si ces grilles sont intéressantes pour l'évaluation des soignants en formation, leurs propriétés psychométriques, faisabilité d'utilisation et faisabilité sur le terrain reste encore à évaluer.

b) La grille d'observation des compétences

Peu de travaux évaluant une association entre la SODEV et un outil d'évaluation ont été retrouvés. La thèse de Laetitia Dumange à Poitiers en 2014 porte sur l'utilisation d'un guide d'entretien fourni à partir de la grille de Calgary-Cambridge lors de la rétroaction qui suit la séance de SODEV. L'utilisation d'un outil permet une aide et la structuration des séances de supervision vidéo (37).

La grille de Calgary Cambridge est une grille validée mais incomplète pour évaluer un maximum de compétences.

C'est pour cela qu'il est apparu nécessaire aux responsables de la SODEV au sein du DUMG de Rouen d'utiliser une grille la plus complète possible.

La grille d'observation des compétences, inspirée de la grille de Calgary Cambridge, fut créée par le Pr Claude Attali, le Dr Mathieu Bansard et le Dr Cécile Renoux. Cette grille n'étant pas fixée par un consensus, elle reste modifiable en fonction des appréciations et des objectifs des enseignants comme des points positifs ou négatifs soulevés par les étudiants et les MSU. A ce titre, elle fut implémentée par le Pr Pascal Boulet d'items portant sur la communication à partir de la grille de Boguet et Ariot (57) et des tâches d'apprentissages concernant la compétence professionnalisme (58).

Cette grille relie toutes les compétences de la marguerite des compétences aux tâches d'apprentissages que l'étudiant doit progressivement maîtriser tout au long de sa formation. Sa reproductibilité, sa faisabilité permettent une évaluation formative de l'étudiant avec différents maîtres de stage utilisant ou non la supervision vidéo et tout au long de la formation de l'étudiant (59).

Elle compte au total 82 items :

- 25 items de communication, approche centrée patient

- 19 items de professionnalisme
- 8 items de complexité, prise en charge globale
- 15 items de compétences de premier recours
- 8 items de suivi-coordination
- 7 items abordant la prévention Annexe (5)

Il est intéressant sur le plan pédagogique de connaître les items travaillés par les étudiants qui au moment de ce travail n'étaient pas orientés comme cela l'est à présent vers les compétences communicationnelles. Ce travail permettra de déterminer également les compétences les plus travaillées, les orientations pédagogiques déterminées avec leurs MSU et de connaître les réflexions des étudiants sur l'outil utilisé. Ce travail permettra de réfléchir aux items à retenir dans cette grille afin de l'optimiser pour une utilisation plus pragmatique.

E. Bibliographie

1. Légifrance. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>
2. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000807238>
3. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. 2009. Disponible sur : <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/06/Référentiel-MG-2009.pdf>
4. Renou C. Un référentiel de compétences pour une évaluation formative des internes en stage de premier niveau en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. Août 2013 ;24(108) :185-92. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/29>
5. Légifrance. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758>
6. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27. Effective educational and clinical supervision. Med teach. fev 2007;29(1):2-19. Disponible sur : <https://bit.ly/3FdzPjo>
7. Laurin S, Audetat Voirol M-C, Sanche G. Soutenir activement l'apprentissage des résidents. Médecin Qué. 2012 ;47(6) :103-105. Disponible sur : <https://lemedecinduquebec.org/Media/116130/103-105Pédago0612.pdf>
8. Chauvin B. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen : Cadre légal et pratique [Internet]. Rouen ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704264/document>

9. Jaquet J-P. La supervision indirecte différée (SID) une méthode pédagogique adaptée aux stages en médecine générale du troisième cycle. Pédagogie médicale. 1 nov 2003 ;4(4) :199-201. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2003/04/pmed20034p199.pdf>
10. Petite E, Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Internet] : Grenoble ; 2011. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629741/document>
11. Ariza M. Le portfolio de médecine générale : contenu et modes d'évaluation dans les départements de médecine générale français. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 28(137) :412-8. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/59>
12. Compagnon L. Portfolio national en DES de médecine générale : résultat d'un processus de consensus formalisé. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. nov 2017 ;28(137) :420-5. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/59>
13. Potier A. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. août 2013 ;24(108) :178-84. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/29>
14. Compagnon L. Les niveaux de compétences. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. août 2013 ;24(108) :156-64. <https://www.exercer.fr/sommaire/29>
15. Maisonneuve H, Chambe J, Leruste S, Renoux C, Huas C. État des lieux des procédures de validation du DES de médecine générale en France. Exercer. Juin 2014 ;113 :123-131. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/608
16. Barhoum M. Évaluation des internes de médecine générale rouennais de la promotion 2017 dans leur travail de RSCA : utilisation de la grille d'évaluation du CNGE. [Internet]. Rouen ; 2022. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03834807/document>

17. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectif ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. nov 2007 ;8(4) :232-51. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2007/04/pmed20078p232.pdf>
18. Jacquet G. État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international [Thèse d'exercice]. Rouen ; 2018.
19. Compagnon L. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. Août 2013 ;24(108) :148-55. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/29>
20. Richard C, Luissier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétences en communication professionnelle en santé. Pédagogie médicale. 2010 ;11(4) : 255-272. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2010/05/pmed10006.pdf>
21. C. Attali, P. Bail, A-M. Magnier, J-N. Beis, C. Ghasarossian, J. Gomes, P. Chevallier, X. Lainé, P. Le Mauff, Y. Zerbib, B. Gay. Compétences pour le DES de médecine générale. Exerc Rev Francoph janv/fev 2006 n°76 -32
22. WONCA. LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE 2002 [Internet]. Disponible sur: [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
23. Attali C. Les grandes familles de situations cliniques. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 24(108) :165-9. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/531

24. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2010 ;11(4):255-72. . Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2010/05/pmed10006.pdf>
25. Zolnierek KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. août 2009;47(8):826-34). Disponible sur: <https://bit.ly/3M6dXdw>
26. Département de médecine générale de Rouen [Internet]. Communication. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/atelier-communication>
27. Département de médecine générale de Rouen [Internet]. Les activités complémentaires, la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo. Disponible sur : <https://dumg-rouen.fr/p/les-activites-optionnelles>
28. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *Br Med J*. 23 juin 1979 ;1(6179) :1686-8.
29. Kleffner JH, Hendricson WD, Littlefield JH, Hudepohl N. Videotape review: a valuable tool for self-assessment of teaching skills. *J Biocommun*. nov 1985;12(4):4-7.
30. Guidelines for doctors on the use of video recordings of consultations between doctors and patients, and of other medical procedures for the purposes of training and assessment. General Medical Council.; 1994.
31. Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale [Thèse d'exercice]. Bordeaux, 1998.
32. 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. fevr 2002 ;3(1) :33-7. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medecine.org/articles/pmed/pdf/2002/01/pmed20023p33.pdf>

33. Armengau C. Évaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale : opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo [Thèse d'exercice]. Nice; 2011.
34. 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 [Internet]. Grenoble ;2012. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663266/document>
35. 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. [Internet]. [France]. Reims ; 2014. Disponible sur : https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These_video_S_Roua.pdf
36. Jongh N de, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative auprès de maîtres de stage. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2014.
37. Dumange L, Audier P, Gomes J, Audier P, Roblot P, Migeot V, et al. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. [Thèse d'exercice] Poitiers ; 2014.
38. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. Poitiers ; 2014.
39. 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. [Internet]. Bordeaux ; 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310907>

40. Compte rendu- CNGE atelier SODEV. Boulet P, Nguyen Thanh P, Novembre 2018, <https://www.congrescngc.fr/2018/11/12/3191-2-2-3/>
41. Chauvin B. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen : Cadre légal et pratique. [Internet]. Rouen ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704264/document>
42. Jacquet G. État des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international [Thèse d'exercice]. Rouen ; 2018.
43. Touati Y. Mise en œuvre d'une Supervision par Observation Directe avec enregistrement vidéo en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS) : enquête quantitative de faisabilité et d'intérêt. [Internet]. Paris-Est Créteil ; 2019. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-UPEC/dumas-03408046v1>
44. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. [Internet]. Rouen ; 2020. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02474272/document>
45. Pailloux C. La supervision par Observation Directe avec enregistrement Vidéo en stage de médecine générale : étude qualitative sur le ressenti des patients. [Internet]. Rouen ; 2021. Disponible sur : <https://normandie-univ.hal.science/dumas-03355727/>
46. Guerin V. Expérimentation de la Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) pour la formation à la communication en santé en médecine générale : étude qualitative auprès de maîtres de stage à La Réunion. [Internet]. Saint-Pierre, La Réunion ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03346413v1/document>
47. Faulmeyer L. Étude qualitative sur la faisabilité de la supervision vidéo en stage SASPAS dans l'apprentissage des compétences relationnelles des internes de

médecine générale. [Thèse d'exercice]. Poitiers ; 2021. Disponible sur : <https://bit.ly/3M4YgmX>

48. Meunier F. Réalisation d'un consensus non formalisé sur les modalités d'adaptation de la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo auprès des Maitres de Stage des Universités de l'Université Paris-Est Créteil. [Internet]. Paris-Est Créteil ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435235>
49. Mieux travailler les compétences avec la grille d'observation par compétences. Présentation au CNGE de Lille par Pr Boulet P. et Dr Thillard P., Décembre 2022. Disponible sur : <https://youtu.be/UD1gqDMZNv4>
50. Enquête sur l'utilisation de la SODEV par les DMG en France. Présentation par le Pr Boulet P. lors de la SIFEM à Montréal ; 2023. Disponible sur : <https://youtu.be/kDK65w0Dmoc>
51. Black P. and D. Wiliam (1998), "Assessment and Classroom Learning", Assessment in Education: Principles, Policy and Practice, CARFAX, Oxfordshire, Vol. 5, No. 1, pp. 7-74. Disponible sur : https://assess.ucr.edu/sites/default/files/2019-02/blackwiliam_1998.pdf
52. Lomenede M. Apport de la consultation simulée avec rétroaction (CoSiR) dans l'apprentissage de la communication chez les internes de médecine générale de Rouen. [Internet]. Rouen ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-ROUEN/dumas-03542102>
53. Côté R, Tardif J, Munn J. Elaboration d'une grille d'évaluation : atelier pédagogique à l'intention des enseignants universitaires. [Internet]. [Cité 17 mai 2021]. Disponible sur : <http://pedagogie.uquebec.ca/outils/elaboration-dune-grille-devaluation>
54. D'amours G., Les grilles d'évaluation, HEC Montréal [Internet] [cité le 24 septembre 2021]. Disponible sur : https://padletuploads.blob.core.windows.net/prod/131950073/8b9a055fb0053d769d98aad63bf43294/Grillesd_valuations_DAIP.pdf

55. Thillard P, Ferre V. Quelle grille utiliser pour évaluer la communication des étudiants en santé ? Revue systématique de la littérature. [Internet]. Rouen ; 2021. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03403767>
56. Schirmer J, Mauksch L, Lang F, Marvel M, Zoppi K, Epstein R, et al. Assessing communication competence: A review of current tools. Family medicine. 1 avr 2005 ;37 :184-92. Disponible sur : <https://bit.ly/3FgNUg8>
57. Boguet C. et Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. [Internet]. Grenoble ; 2015. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01168404/document>
58. Compagnon et al Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013;108:148-55 Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/529
59. Chartier et al. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Exercer 2013 ;108 :111_7. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/sommaire/29>

F. Annexes

Annexe 1 : Grille de Calgary Cambridge simplifiée

GUIDE DE L'ENTREVUE MEDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE			
	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
<i>Débuter l'entrevue :</i>			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir</i>			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
<i>Expliquer et planifier</i>			
Fournit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
<i>Construire la relation</i>			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
<i>Structurer l'entretien</i>			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
<i>Terminer l'entrevue</i>			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

Annexe 2 : Grille MAAS Global

Assessment Tool Profile: MAAS - Global Rating List for Consultation Skills of Doctors

Date of Generation: 2014; August 8th

Name of the instrument	MAAS—Global Rating List for Consultation Skills of Doctors
Authors	van Thiel J, Kraan HF, Van Der Meuten CP
Year of publication	1999
Type of assessment	Observation of provider-patient encounter
Topic covered	whole encounter; all patient – provider communication aspects section 1: communication skills for phases of the encounter section 2: general communication skills section 3: medical aspects
Target group	Undergraduate medicine Postgraduate medicine
Assessors	Faculty peers
Languages	Dutch English
Instrument	Instrument for the observation of provider-patient encounters including three sections: section 1: communication skills for phases of the encounter; section 2: general communication skills; section 3: medical aspects; 17 items using a 7-point scale Instrument can be found in the manual, see appendix
Additional material	MAAS-Global Manual
References	Van Thiel J, et al. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht history-taking and advice checklist. <i>Med Educ</i> 1991; 25(3):224-9. Ram P et al. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. <i>Med Educ</i> . 1999; 33:447-454. Hobma S et al. Setting a standard for performance assessment of doctor-patient communication in general practice. <i>Med Educ</i> 2004; 38: 1244–1252.
Contact details of authors	Paul Ram Paul.Ram@HAG.unimaas.nl

Annexe 3 : Grille Boguet et Ariot


**Grille d'évaluation de la relation médecin - patient
en consultation de médecine générale**

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

Annexe 4 : Grille SODEV

EVALUATION FORMATIVE DES INTERNES — Grille d'observation par compétences_		UNIVERSITÉ DE ROUEN
C. Attali, C. Renoux, M. Bansard (revu P Boulet pour compétence professionnelle et communication)		
ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITE		
Le diagnostic de situation consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions		
Présentation / Entretien		
C1A	Prend contact de façon chaleureuse et appropriée	
C1B	<i>Identifie la place de l'accompagnateur</i>	
C1C	<i>En cas de patient accompagné</i>	<i>Privilégie le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur</i>
P55	Se présente comme interne de médecine générale	
C2	Identifie le (les) motif(s) de la consultation	
C3	Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée	
C4A	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre	
C4B	<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>
C4C	<i>En cas de</i>	<i>Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi, pourquoi ici ?</i>
C4D	<i>première</i>	<i>Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte</i>
C4E	<i>rencontre</i>	<i>Explique son fonctionnement / celui de la structure/</i>
C5	Explore la demande par questions ouvertes préalables	
C6	Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient	
G7	Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)	
G8	Explore les liens avec les événements de vie du patient	
G9	Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient	
G10	Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte	
G11	Prends en compte les perspectives (approbation ou réticences) du patient / empathique	
C12	Fait une synthèse et reformule	
Démarche diagnostique		
La démarche diagnostique devra être discutée lors de l'entretien pédagogique de débriefing ou si besoin		
U13A	<i>En cas de renouvellement</i>	<i>S'enquière de ce qui s'est passé depuis la dernière fois</i>
U13B		<i>Questionne sur l'acceptation du traitement</i>
U13C		<i>Recherche tolérance au traitement / effet secondaire / iatrogénie</i>
U14	Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien	
U15	Prend en compte la prévalence en Médecine Générale	
U16	Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme à éliminer	
Examen clinique		
C17	Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique	
U18	Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation	
U19	Poursuit l'entretien durant l'examen physique	
U20	Réalise l'examen en prenant en compte, en levant et en respectant les réticences exprimées ou non exprimées par le	
U21	Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent	
A l'issue de la démarche		

U22	Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et	
U23	Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires	
ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE ; DECISION PARTAGEE		
Etablir avec le patient des objectifs prenant en compte ses possibilités, le contexte, ses contraintes, leur pertinence progressivement sur la maladie, la nommer, sur les bienfaits de la prise en charge, sur les risques liés à la maladie, sur l'hygiène de vie. Vérifier la compréhension et l'appropriation de ces informations, puis leur		
U24	<u>En cas de renouvellement</u>	Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement ?
C25	Utilise un langage clair et accessible	
C26	Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique	
C27	Informe (I) et/ou adapte (A) en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)	
C28	Vérifie la compréhension et l'accord du patient	
G29	Sans jugement, prends en compte et s'adapte à l'avis du patient	
G30	Tient compte de la temporalité / du cheminement du patient	
METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THERAPEUTIQUE		
U32	Prescrit les examens complémentaires de bilan (B) et de suivi (S), si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant (H)	
U33	Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble	
ELARGIR ET ENVISAGER LA PREVENTION		
E34	Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant	
E35	Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête	
E36	Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient	
E37	Intègre l'entourage du patient dans la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête en	
E38	Réalise démarche et gestes de dépistage	
E39	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite	
E40	Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique (P : Participe - A: Activement)	
INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUTE ET PLURIDISCIPLINARITE		
Planification du suivi et du projet		
S41	Renseigne le dossier médical	
S42	Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels	
S43	Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient	
S44	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers	
S45	Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical	
S46	Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation	
S47	Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge	
SP48	Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et	
Etablissement et entretien de la relation de soin		
C49	S'adapte aux émotions exprimées ou perçues	
C50	Associe le patient à la démarche tout le long de la consultation	
G51	Elargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient	
C52	Adopte une posture appropriée en fonction de la situation	
C53	Adapte / Modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution d'une consultation	
C54A	Accompagne / soutient le patient	
C54B	En	Informe le patient des difficultés ressenties par le praticien
C54C		Nomme et reconnaît les émotions du patient

Gestion de son outil de travail					
P56A	Identifie les éléments durant la consultation ne lui permettant pas de gérer le temps (SODEV)				
P56B	Définit les actions à mener pour arriver à gérer le temps de la consultation avec le patient (SODEV)				
P56C	Adapte ses plages et son temps de consultation en accord avec son MSU				
P57	Organise efficacement les temps de formation pratique en stage et de formation théorique				
P58A	Etablit la comptabilité journalière				
P58B	Connait les différentes modalités de paiement (P) et sait comment en assurer la gestion (G) en fonction de la situation du patient (SODEV)				
P58C	Maitrise les grandes lignes de la comptabilité en cabinet de médecine générale libérale ambulatoire				
Savoir être					
P59	Identifie (I) les situations dans lesquelles interviennent le secret médical et le secret professionnel partagé et détermine comment les respecter ® (SODEV)				
P60	Identifie (A), au travers de la consultation, ce qui concerne l'éthique et définit (D) comment adopter				
Entretien de ses connaissances et ses compétences					
P61A	Sait, à l'issue de la consultation identifier ses besoins de formation pour améliorer ses connaissances (SODEV)				
P61B	Analyse et critique des ressources scientifiques validées, diversifiées pour mettre à jour ses				
P61C	Utilise et argumente ses nouvelles ressources avec le patient pour expliciter son diagnostic et son projet de soin (SODEV)				
P62A	Sait utiliser en consultation les savoirs acquis durant les formations théoriques et/ou pratiques suivies durant le D.E.S.				
P62B	Définit avec le MSU (M) puis seul (S) les actions à mener pour améliorer ses compétences (SODEV)				
P62C	Reconnait, après analyse de ses actions en consultation, l'intérêt de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu (SODEV)				
Transmission et élaboration du savoir					
P63	Identifie (I), participe (P), conçoit (C) suite à l'analyse de la consultation des actions pédagogiques à destination de ses pairs et des professionnels paramédicaux utiles pour la prise en charge du patient				
P64	Identifie, après analyse de la consultation, des sujets de recherche (SODEV)				
P65	Participe (P), conçoit (C) et réalise des travaux de recherche				
Maitrise de son environnement professionnel					
REPÉRAGE DES COMPÉTENCES					
C	Communication / Approche centrée patient	U	Premier recours / Urgences	Département de Méd 	
G	Approche globale / complexité	E	Prévention/Dépistage/Education thérapeutique		
S	Compétence Continuité / Suivi / Coordination	P	Professionalisme		
Compétence Professionalisme : Revue pour la SODEV (P.Boulet, B. Chauvin avec C. Attali, C. Renoux, M. Bansard)					

II. Article

Utilisation et évaluation de la grille d'observation par compétence lors d'une supervision par vidéo (SODEV) par les étudiants SASPAS en Haute- Normandie

Pascal Boulet¹, Khadija Maoui

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

1. Département universitaire de médecine générale de Rouen

RESUME

Contexte :

Lors du cursus de médecine générale à Rouen la communication est devenue un axe essentiel dans la formation des étudiants. L'objectif est de savoir mettre en place une relation centrée sur le patient. Cet enseignement s'appuie sur différents outils pédagogiques. Un des outils pédagogiques obligatoire utilisé est la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo ou SODEV. 3 séquences de SODEV sont réparties durant le stage de SASPAS. L'étudiant filme ses consultations avec l'accord des patients en excluant l'examen clinique. A la suite, en fonction de l'objectif défini au préalable ou non, une supervision avec analyse des vidéos est menée par l'étudiant et son MSU. Le retour de cette supervision dans le portfolio de l'étudiant comporte, à partir d'un questionnaire en ligne, la saisie des tâches d'apprentissages travaillées, l'objectif et l'orientation pédagogique définies avec le MSU.

Afin de la rendre la plus efficace possible, la supervision doit être structurée en utilisant un support. A Rouen, le support utilisé est une grille d'observation des compétences créée par le Pr Attali, Dr Renoux et Dr Bansard implémentée d'items portant sur la communication de la grille de Boguet et Ariot afin de la rendre la plus complète possible et permettant d'évaluer les autres compétences. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à évaluer l'utilisation de cette grille par les étudiants SASPAS afin de l'optimiser pour une utilisation plus pragmatique.

Méthode :

Étude observationnelle descriptive quantitative, semi-qualitative réalisée sur la période de novembre 2020 à novembre 2022 concernant l'utilisation de la grille « SODEV » par les étudiants en SASPAS en Haute-Normandie.

L'analyse descriptive statique est univariée et bivariée. Les tests statistiques Chi2 et Student ont été réalisés dans l'outil Excel

Résultats :

Nous avons observé que les étudiants avaient tendance à travailler de manière plus importante certains items et une diminution du nombre d'items travaillés au cours du semestre. Les étudiants avaient une préférence pour le travail de la compétence communication.

Conclusion :

Notre étude nous a montré l'utilité de cette grille dans la supervision et a permis de définir les points à améliorer. Certains items moins travaillés peuvent aider à une réflexion en vue d'une simplification nécessaire de la grille.

Globalement les étudiants et les MSU apprécient le travail de la SODEV à l'aide de cette grille, elle pourrait être proposée aux autres DMG pratiquant la SODEV.

Mots clés :

SODEV, supervision vidéo, compétences, communication, médecine générale, SASPAS, grille, évaluation

INTRODUCTION

Au cours du DES de médecine générale, l'enseignement est basé sur une approche par compétences (1,2) que l'étudiant doit acquérir progressivement. L'évaluation formative est réalisée à l'aide de différentes « traces d'apprentissage ».

Au cours du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) les maîtres de stages universitaires (MSU) évaluent la progression de leurs étudiants à l'aide de séances de supervision.

Il existe plusieurs méthodes de supervision.

La supervision directe réalisée surtout en stage de premier niveau et au début du SASPAS où le maître de stage est présent aux côtés de l'interne et identifie les points à modifier ou à améliorer. Cette méthode est parfois anxiogène pour l'étudiant du fait de la présence du MSU. (3)

La supervision indirecte, surtout réalisée en SASPAS. L'interne fait ses consultations seul et ensuite, souvent en fin de journée, « débrief » avec son maître de stage sur les difficultés rencontrées (3). Il existe un biais de mémorisation à cette méthode car l'interne ne repère pas forcément toutes les difficultés (4)

La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) où l'interne filme la consultation à l'aide d'une petite caméra discrète avec ensuite une analyse de la vidéo par l'interne seul puis avec son MSU ou directement avec son MSU. Cette méthode permet d'évaluer les compétences de l'interne, notamment la communication verbale ou non verbale qui étaient peu ou pas explorée avec les autres méthodes.

Le protocole concernant le déroulement des séquences SODEV a été mis en place à partir de la thèse de Baptiste Chauvin à Rouen (3). Il y fixe également le cadre légal (annexe1, annexe 2a et Annexe 2b).

L'évaluation par supervision vidéo nécessite un support afin que celle-ci soit efficace (5, 6).

L'outil d'évaluation utilisé à Rouen est la grille d'Observation des Compétences. Elle permet une évaluation globale et est adaptée lors de la réalisation de tâches complexes.

Une grille complétant la compétence en communication et incorporant la compétence professionnalisme a été élaborée au sein du DUMG de Rouen afin de réaliser de façon plus efficiente une évaluation de ces séquences SODEV.

La grille d'observation « SODEV » compte 82 items répartis dans les différentes compétences :

- 25 items concernent la communication, approche centrée patient soit 30% des items
- 19 items concernent le professionnalisme soit 23%
- 15 items de premiers recours, urgences soit 18%
- 8 sur la complexité et prise en charge globale soit 10%
- 8 sur le suivi et la coordination soit 10%
- 7 sur la prévention soit 9%

Chaque étudiant remplit la grille selon les items abordés lors de la consultation.

Il est apparu nécessaire d'évaluer son utilisation en pratique et de proposer des points d'amélioration en fonction des résultats de cette étude.

Méthode

A. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive quantitative, semi-qualitative réalisée sur la période de novembre 2020 à novembre 2022.

B. Population d'étude

La population d'étude concerne les étudiants en SASPAS en Haute-Normandie.

C. Protocole et recueil des données

Les étudiants en SASPAS ont réalisé au cours de leur stage trois séquences de supervision vidéo, de manière obligatoire, avec une évaluation pour chaque séquence de supervision.

Pour cela, ils ont utilisé la grille d'observation par compétences ou grille « SODEV » (annexe 3). L'étudiant, avec ou sans l'avis de son MSU, devait choisir la ou les compétences à travailler. Les supervisions devaient obligatoirement se faire au cabinet du MSU.

A l'issue, l'interne et le MSU devaient, normalement, définir ensemble des objectifs d'amélioration concernant une ou plusieurs compétences.

Le retour de cette supervision sur le portfolio comporte, dans un questionnaire directement accessible sur la plateforme « Lime Survey », la saisie des items travaillés ainsi que l'objectif et la prescription pédagogique qui définit le ou les objectifs d'amélioration.

Les réponses aux questions ont été effectuées de manière non anonyme afin d'identifier le nombre de SODEV réalisées par chaque étudiant. Concernant le MSU, on retrouve son nom et son prénom.

Ces informations étaient accessibles uniquement par l'administrateur. Les données ont été anonymisées une fois extraites sur un tableur « Excel ».

En parallèle, la thèse a été déclarée auprès du DPD : Délégué de la Protection des Données afin de pouvoir exploiter les données. L'approbation d'un comité d'éthique n'a pas été sollicité car c'est une étude hors Loi Jardé sur données existantes.

D. Objectifs de l'étude

a) Objectif principal de l'étude

Il est intéressant sur le plan pédagogique de connaître les items travaillés par les étudiants qui au moment de ce travail n'étaient pas orientés comme cela l'est à présent vers les compétences communicationnelles. Ce travail permettra de déterminer également les compétences les plus travaillées, les orientations pédagogiques déterminées avec leurs MSU, les facteurs pouvant influencer le travail pédagogique effectué lors de la supervision et de connaître les réflexions des étudiants sur l'outil utilisé.

b) Objectif secondaire de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de proposer une modification de la grille d'évaluation par compétences à la suite des résultats obtenus dans cette étude lors de son utilisation par étudiants en SASPAS de Rouen.

E. Analyse statistique

Les données des réponses au questionnaire ont été directement collectées et analysées dans un tableau Excel.

L'analyse descriptive statique est univariée et bivariée. En analyse bivariée, les différences de valeurs prises par les variables qualitatives ont été testées grâce au Chi2 dans le logiciel Excel.

Le seuil de significativité était fixé à $p \leq 0,05$.

RESULTATS

A. Résultats quantitatifs

a) Analyse descriptive de la population

- Étudiants

On compte 107 étudiants au total dont 100 en SASPAS (54 en 5^{ème} semestre et 46 en 6^{ème} semestre) soit 93% des étudiants.

73 d'entre eux ont réalisé au moins trois séquences SODEV soit 73%.

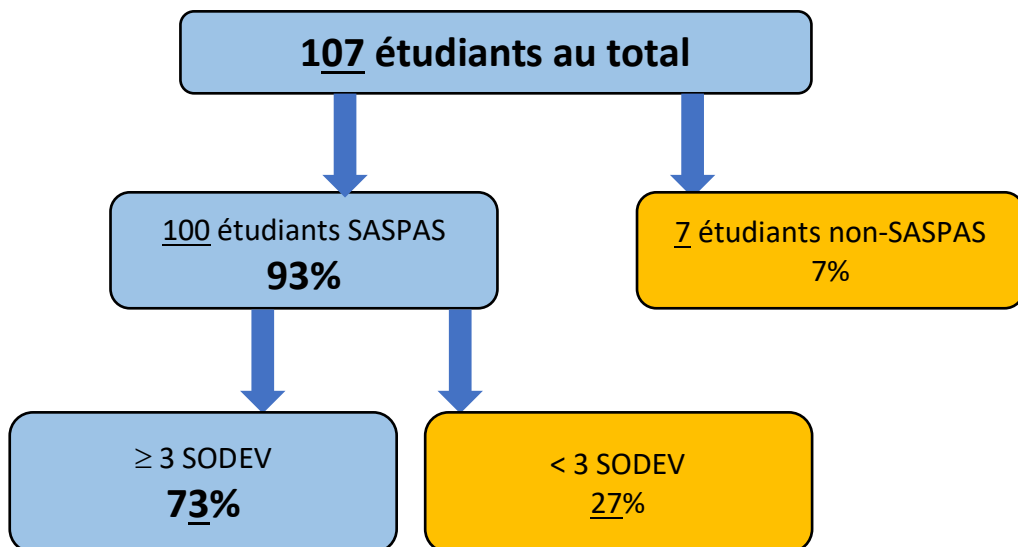


Figure1. Population d'étude

- Description du pool de MSU

- Le nombre de MSU total était de 103.
- La moyenne du nombre de supervisions vidéo effectuées par les MSU était de 2,7 IC95% : [2,62-2,82].
- Moyenne de participation du MSU à la supervision avec SODEV :
 - On retrouve une moyenne à 2,59 IC95% : [2,49-2,69].
 - Pourcentage de participation des MSU à la supervision :
 - 90,3 % ont participé à 100% des supervision Sodev
 - 6,8 % entre 50 et 99%
 - 0% entre 1 et 49 %

- 1,9 % n'ont pas participé à une supervision SODEV

b) Résultats généraux

- Les pourcentages de participation à la seconde et troisième séquences SODEV étaient respectivement de 88,8% et 77,6%
- Le pourcentage d'étudiants ayant effectué plus de 3 SODEV était de 73%
- Le Pourcentage d'étudiants ayant réalisé moins de 3 SODEV était de 27%
- Les étudiants en 5^{ème} semestre ont apporté 147 réponses au total contre 121 pour les étudiants au 6^{ème} semestre soit respectivement un nombre moyen de réponse de 2,72 et 2,63.
- Item travaillés en majorité pour chaque compétence
 - Chaque item a été travaillé en moyenne 1,48 fois par étudiant
 - Nombre moyen des items travaillés dans chaque compétence :

	Moyenne	IC95% Min	IC95% Max
Communication	157,88	157,86	157,9
Professionalisme	123,42	123,4	123,44
Premiers recours-urgences	141,26	141,24	141,29
Prise en charge globale- complexité	168,875	168,85	168,9
Suivi- coordination	150,75	150,72	150,78
Éducation-prévention	105,57	105,53	105,61

Tableau 1. Travail de chaque compétence en moyenne

- Nombre d'items travaillés en dessous de la moyenne pour chaque compétence :
 - Communication : 9
 - Professionalisme : 8
 - Premiers recours- urgences : 7
 - Prise en charge globale- complexité : 4

- Suivi- Coordination : 5
- Éducation- prévention : 3

Ce qui correspond à un nombre d'items travaillés en dessous de la moyenne à 36 au total, soit 43,9% des items.

	Moy	IC95% Min	IC95% Max
Professionalisme	23,78	23,77	23,79
Prem Recours-Urgence	21,49	21,47	21,51
Communication	21,31	21,3	21,32
Prise en charge globale-Complexité	13,7	13,69	13,71
Suivi -coordination	12,23	12,21	12,25
Éducation- Prévention	7,49	7,48	7,5

Tableau 2. Nombre d'items travaillés dans chaque compétence rapportée au nombre total d'items travaillés

Les compétences traitées en majorité lors des séquences SODEV :

- Communication 34%
- Professionalisme 20%
- Premier recours-urgence 18%
- Prise en charge globale, complexité 12%
- Suivi, coordination 10%
- Éducation- prévention 6%

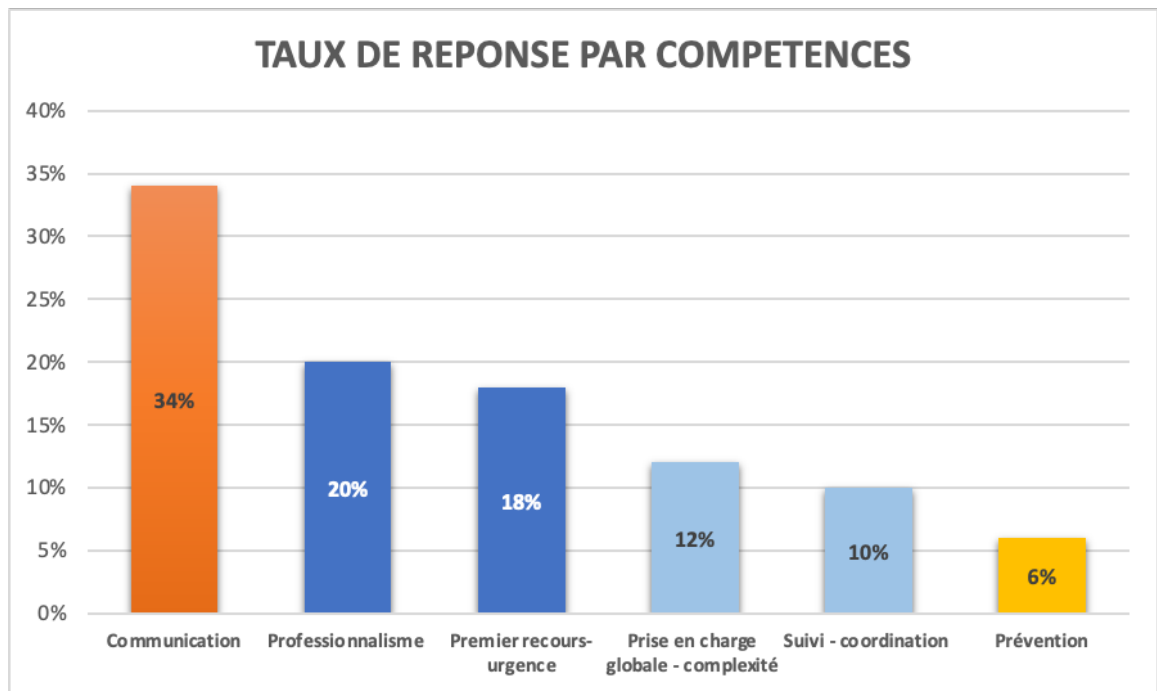


Figure 2. Taux de réponses par compétences

Pourcentage des trois items les plus travaillés pour chaque compétence :

- Concernant la compétence communication :
 1. Identifie-le ou les motif(s) de consultation : 5,9%
 2. Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre : 5,75%
 3. Utilise un langage clair et accessible : 5,71%

- Professionnalisme :
 1. Se présente comme interne de médecine générale : 8,4%
 2. Sait à l'issue de la consultation identifier ses besoins de formation pour améliorer ses connaissances : 7,2%
 3. Définit avec le MSU puis seul les actions à mener pour améliorer ses compétences : 6,4%

- Approche globale :
 1. Explore les données biomédicales : 14,4%

2. Sans jugement, prend en compte et s'adapte à l'avis du patient : 14,2%
 3. Prend en compte l'avis et les perspectives du patient, empathie : 14%
- Premiers recours/ urgences :
 1. Poursuite l'entretien durant l'examen physique : 9,7%
 2. Structure l'examen centré sur les hypothèses, objectifs de consultation : 8,7%
 3. Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent : 8,6%
 - Continuité :
 1. Renseigne le dossier médical : 17,4%
 2. Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient : 16,5%
 3. Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels : 14,9%

c) Objectifs pédagogiques et prescriptions pédagogiques

En début de séquence SODEV il était demandé de fixer des objectifs pédagogiques.

En fin de questionnaire si 3 SODEV étaient réalisées, il a été posé des questions ouvertes facultatives pour les étudiants afin d'indiquer les orientations pédagogiques abordés lors des SODEV, l'apport de la grille de supervision, et une évaluation de la méthode pédagogique. Ces deux derniers points seront vus dans une autre partie.

Concernant les orientations pédagogiques :

Les objectifs pédagogiques déterminés en début de séquence SODEV ne l'ont pas été de manière systématique.

Étude des facteurs influençant la détermination d'objectifs pédagogiques :

- Influence de la séquence SODEV
 - Dans le tableau ci-dessous on représente le pourcentage d'étudiants selon la séquence de SODEV ayant déterminé un objectif :

	% Objectifs pédagogiques fixés	IC95% Min	IC95% Max
Première séquence	46%	36	56
Deuxième séquence	61%	51	71
Troisième séquence	54%	43	65

Tableau 3. Pourcentage d'étudiants ayant déterminé un objectif selon la séquence SODEV

- Analyse comparative entre les différentes séquences SODEV

	N Oibj+	Freq	IC95% Min	IC95% Max	p
Première séquence du semestre SASPAS	46	0,46	0,36	0,56	0,039
Seconde séquence du semestre SASPAS	56	0,61	0,51	0,71	
Seconde séquence du semestre SASPAS	56	0,61	0,51	0,71	0,364
Troisième séquence du semestre SASPAS	46	0,54	0,43	0,65	
Première séquence du semestre SASPAS	46	0,46	0,36	0,56	0,271
Troisième séquence du semestre SASPAS	46	0,54	0,43	0,65	

Tableau 4. Analyse comparative entre les différentes séquences SODEV

Le nombre d'objectifs pédagogiques déterminé est significativement plus important lors du second semestre par rapport au premier.

- Influence de la participation du MSU à la supervision pour la détermination d'objectifs pédagogiques :

	MSU participant	Moyenne MSU participant	IC95% Min	IC95% Max	<i>p</i>
Objectif pédagogique défini	138	93,9	90	97,8	0,237
Absence d'objectif pédagogique défini	125	96,9	93,9	99,9	

Tableau 5. Nombres d'objectifs pédagogiques fixés en fonction de la participation ou non du MSU

- Analyse comparative sur la participation du MSU

L'analyse comparative sur la participation du MSU comme élément favorable ou non à déterminer un objectif ne montre pas de résultat significatif
 Au total un ou des objectifs ont été déterminé lors de 148 séquences sur 277.

Majoritairement les objectifs déterminés concernaient :

- La compétence communication avec 80 objectifs, soit 51,9%
- 38 objectifs concernaient le professionnalisme, soit 24,6%
- 18 pour la prévention, soit 11,6%
- 16 concernant l'approche globale, soit 10,3%
- Un pour continuité, suivi donc 0,6%
- Un pour premiers recours urgences soit 0,6% également

Les orientations pédagogiques à la fin des séquences SODEV n'ont pas été déterminé de manière systématique même si au moins 3 SODEV réalisées.

Étude des facteurs influençant la prescription pédagogique :

- Influence de la séquence SODEV :
 - Dans le tableau ci-dessous on montre l'influence de la séquence SODEV sur la prescription pédagogique

	N Pres+	Moy Pres+	IC95% Min	IC95% Max	<i>p</i>
Première séquence du semestre SASPAS	64	64	0,54	0,73	<i>0,364</i>
Seconde séquence du semestre SASPAS	53	57,6	0,47	0,68	
Seconde séquence du semestre SASPAS	53	57,6	0,47	0,68	<i>0,118</i>
Troisième séquence du semestre SASPAS	39	45,9	0,35	0,57	
Première séquence du semestre SASPAS	64	64	0,54	0,73	<i>0,0134</i>
Troisième séquence du semestre SASPAS	39	45,9	0,35	0,57	

Tableau 6. Prescriptions pédagogiques défini en fonction de la séquence SODEV

- Analyse comparative entre les différentes séquences SODEV.
Le test de chi² réalisé afin de comparer la moyenne des prescription pédagogiques définis entre la première séquence SODEV et la seconde retrouve $p = 0,364$ soit une différence non significative entre les deux moyennes.

La réalisation du test de chi² comparant la moyenne des prescription pédagogiques entre la seconde séquence SODEV et la troisième retrouve $p = 0,118$.

Le résultat n'est donc pas significatif.

Le test de chi² comparant la moyenne des prescriptions pédagogiques entre la première et la troisième séquence SODEV retrouve $p = 0,0134$ soit une différence significative.

- Influence du semestre sur la prescription pédagogique
 - Nous avons représenté dans ce tableau l'influence du semestre sur la prescription pédagogique, les étudiants en SASPAS étant soit en 5^{ème} semestre soit en 6^{ème} semestre.

	Prescription pédagogique définie	Moyenne prescription pédagogique définie	IC95% Min	IC95% Max	p
Semestre 5	84	49,9	42,1	57,7	0,9
Semestre 6	72	49,7	41,1	58,4	

Tableau 7. Influence du semestre sur la prescription pédagogique

- Analyse comparative entre le 5^{ème} et le 6^{ème} semestre
 La réalisation du test de chi2 comparant les moyennes de prescription pédagogique retrouve $p = 0,90$ soit une différence non significative entre les deux.
- Influence du MSU
 - Dans cette partie nous avons étudié l'influence de la participation du MSU sur la prescription pédagogique

	Prescription pédagogique définie	Moyenne prescription pédagogique définie	IC95 Min	IC95 Max	p
Participation du MSU	147	55,7	49,7	61,7	0,336
Absence du MSU	9	69,2	40,2	98,3	

Tableau 8. Influence de la participation du MSU à la séquence SODEV sur la définition d'une prescription pédagogique

- Analyse comparative entre la participation du MSU et l'absence de participation du MSU.

Le test de χ^2 comparant les moyennes de prescription pédagogique en fonction de la participation ou non du MSU retrouve $p=0,336$. Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux moyennes.

- Influence de l'objectif pédagogique défini au préalable sur la prescription pédagogique
 - Dans le tableau ci-dessous nous présentons le nombres prescription pédagogiques définit en fonction des objectifs pédagogiques définit au préalable.

	Prescription pédagogique définie	Moyenne prescription pédagogique définie	IC95% Min	IC95% Max	p
Objectif pédagogique défini	91	48,8	40,7	56,9	0,632
Absence d'objectif pédagogique défini	65	50,2	41,8	58,6	

Tableau 9. Prescription pédagogique en fonction de la définition ou non d'un objectif pédagogique

- Analyse comparative entre la définition d'un objectif pédagogique préalable et l'absence de définition d'un objectif pédagogique préalable.

Lors de la réalisation du test de χ^2 comparant les moyennes de prescription pédagogique défini en fonction d'un objectif pédagogique défini ou non retrouve $p=0,632$. Il n'y a donc pas de différence significative entre ces deux moyennes.

Le plus souvent les étudiants ont déterminé une compétence par objectif mais parfois ils déterminaient 3 compétences à la fois pour un même objectif :

- La plupart concernent la communication définie à 76 reprises, soit 45,2%
- Professionnalisme 61 fois, soit 36,3%
- Complexité et approche globale 18 fois, soit 10,7%
- Éducation en santé 11 fois, soit 6,5%
- Continuité, suivi, coordination des soins une fois, soit 0,6%
- Premier recours, urgences une seule fois, 0,6% également

d) Comparaison des réponses aux items

Étude sur le nombre d'items traités

- Influence de la séquence SODEV
 - Dans le tableau ci-dessous nous avons comparé le nombre d'items traités et la moyenne du nombre d'items traités par étudiants en fonction de la séquence SODEV travaillée.

	Nombre d'items traités	Moyenne du nombre d'items traités	p
Première séquence	4488	42,3	0,24
Seconde séquence	4210	39,7	
Seconde séquence	4210	39,7	0,065
Troisième séquence	3819	36	
Première séquence	4488	42,3	0,004
Troisième séquence	3819	36	

Tableau 10. Nombre d'items traités par les étudiants en fonction de la première, seconde et troisième séquence SODEV

- Analyse comparative de la moyenne du nombre d'items traités par étudiants en fonction des séquences SODEV.

Le test de chi2 réalisé pour comparer les moyennes du nombre d'items traités entre la première et la seconde séquence retrouve $p=0,24$ soit une différence non significative entre les deux moyennes.

La réalisation du test de chi2 comparant les moyennes de items travaillés entre la second et la troisième séquence retrouve $p=0,065$, soit un résultat non significatif.

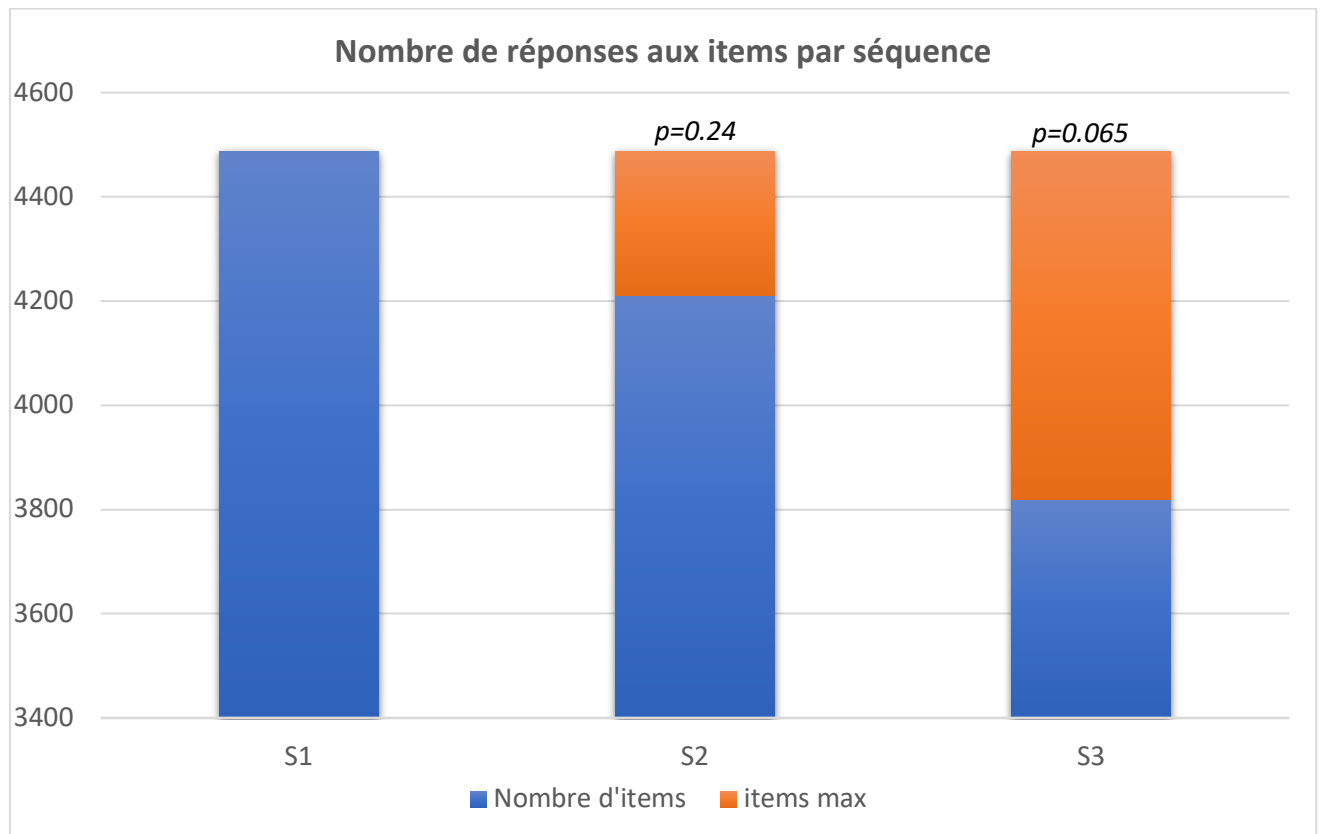


Figure 3. Nombres de réponses aux items par séquence

Le test de chi2 effectué pour comparer les moyennes du nombre d'items travaillés entre la première et la troisième séquence SODEV retrouve $p= 0,004$.

Il existe donc une différence significative.

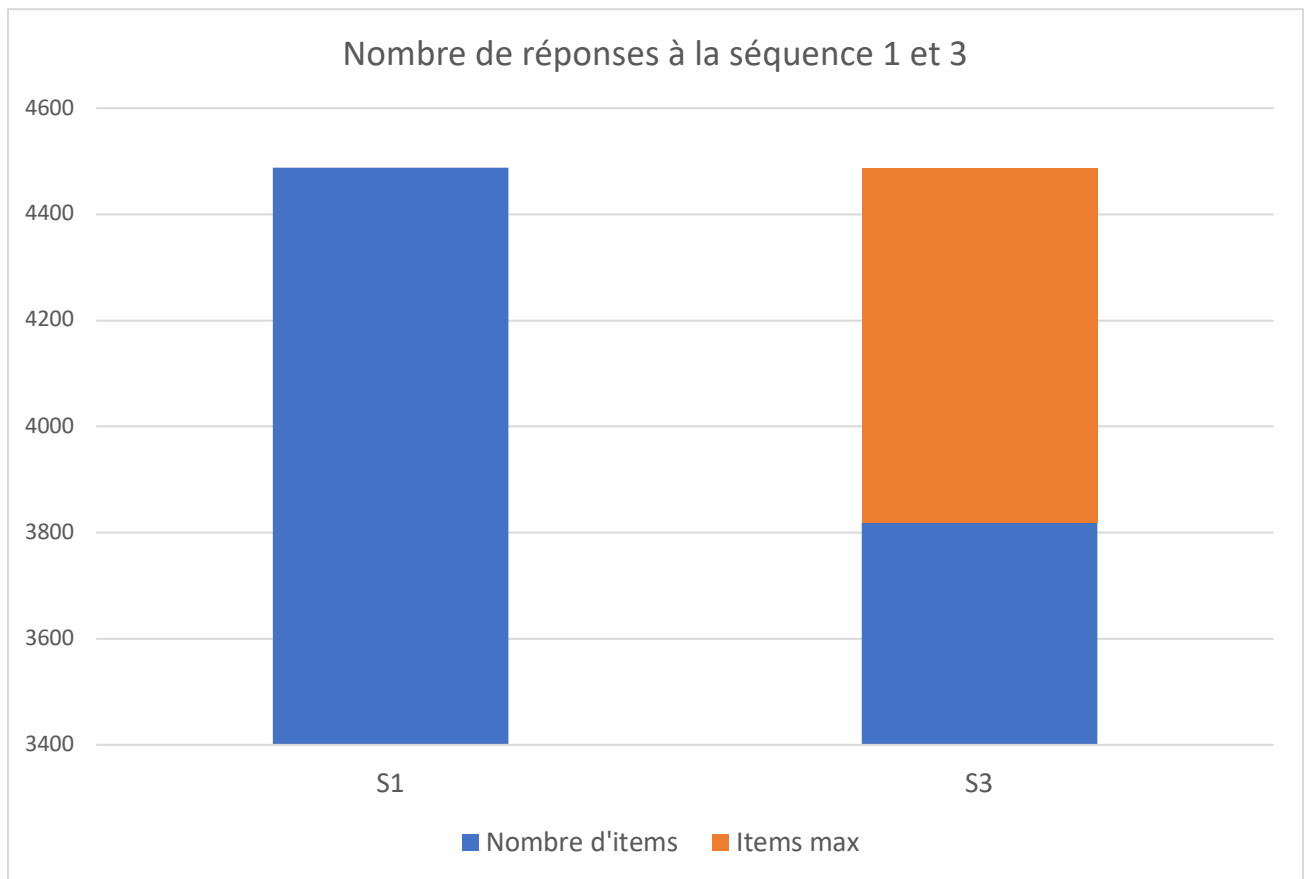


Figure 4. Nombre de réponses aux items à la séquences 1 et 3

- Influence du MSU
 - Nombres d'items travaillés en fonction de la participation du MSU

	Items	Moy item	IC95% Min	IC95% Max	p
Participation du MSU	11082	43,29	0,42	0,64	0,22
Absence de participation du MSU	618	47,54	0,52	0,74	

Tableau 11. Nombre d'items travaillés en fonction de la participation du MSU

- L'analyse comparative montre un $p=0,22$ il n'y a donc pas de différence significative.

Étude sur le traitement de la compétence communication

- Nous nous sommes demandé si les étudiants ayant traité au-dessus de la moyenne la compétence communication lors de la première SODEV l'avaient plus travaillé lors de la seconde séquence SODEV.

S1 > Moy	34,69		S2 > Moy	23,3		p
S1 < Moy	29,31		S2 < Moy	19,7		0,003

Tableau 12. Items de la compétence communication traitées au-dessus de la moyenne lors de la première et seconde séquence

- En réalisant un test du chi2 on retrouve $p = 0,003$ ce qui signifie que l'on a une différence significative.

Étude de l'influence du semestre

- Sur la détermination d'un objectif pédagogique
 - Nous avons réalisé un tableau représentant la détermination d'objectifs pédagogiques en fonction du semestre.
Nous recherchons si le semestre a une influence sur la détermination de ces objectifs.

	Obj pédagogique défini	Moy obj pédagogique défini	Fréq	IC95% Min	IC95% Max	p
Semestre 5	79	80	0,53	0,45	0,61	0,78
Semestre 6	69	67,8	0,54	0,45	0,63	

Tableau 13. Détermination d'un objectif pédagogique en fonction du semestre

- Variations d'items travaillés pour chaque compétence
 - Nous avons recherché si le nombre d'items travaillés pour chaque compétence est significativement différent entre le 5^{ème} et 6^{ème} semestre. Ici nous avons représenté le nombre de fois par compétences qu'il y a une différence significative entre les 5 et 6 semestres.

	Nombre d'items / compétence	N items avec différence significative entre 5 et 6 ^{ème} semestre	P	IC95% Min	IC95% Max
Comm	25	14	0.00117	12.8828	48.6372
Educ/Prév	7	0	0.147387	-5.2947	31.2947
App globale	8	6	3.1089460180621E-5	25.9271	53.0729
Prévention	19	18	4.6765660007293E-8	28.6457	51.5649
Suivi/Coord	8	7	0.001837844	17.4317	61.5683
Urgences	15	8	0.0001685139	18.7439	50.4561
Global	82	53	3.2562638921195E-15	26.2147	41.4195

Tableau 14. Analyse comparative des items travaillés au 5^{ème} semestre / 6^{ème} semestre

- Hormis pour la compétence Education / Prévention, l'analyse comparative (test de Student) des items travaillés entre le 5^{ème} et le 6^{ème} semestre retrouve par compétence une différence significative. Globalement les items sont significativement plus travaillés au 5^{ème} qu'au 6^{ème} semestre.

e) Objectifs pédagogiques les plus redondants

Les Objectifs pédagogiques les plus redondants sont :

- Améliorer la communication verbale et non verbale

- Faire attention aux tics de langage
- Auto-analyse de la communication
- Évaluer la communication
- Position d'écoute du patient interaction
- Ne pas être fixé que sur l'outil informatique, favoriser le contact visuel
- Entretien motivationnel
- Gestion du temps de consultation, rythme
- Mieux structurer la consultation, synthétiser, faire une conclusion finale
- Hiérarchiser les plaintes, gérer les plaintes multiples
- Prévention éducation
- Approche globale
- Identifier les motifs cachés

On peut donc identifier une majorité d'objectifs concernant la communication, vient ensuite la compétence professionnalisme puis approche globale.

Ce qui correspond aux compétences traitées en majorités.

f) Comparaison objectifs pédagogiques de départ et de fin, les plus définis

En début et fin de SODEV les objectifs déterminés sont globalement les mêmes.

B. Résultats qualitatifs

a) Apport de la grille de supervision

A l'issue des séquences SODEV, les étudiants ont effectué une synthèse écrite où ils exposent leurs avis concernant l'apport de la grille de supervision. Ce qui ressort de façon majoritaire, c'est la longueur de la grille. Les étudiants trouvaient que cette grille possédait trop d'items, et que certains de ceux-ci étaient redondants, non évaluables ou non adaptés à la situation vécue. Cependant, les étudiants trouvaient qu'il était plutôt facile de répondre à chaque item, et que cette grille permettait une exhaustivité dans le travail des compétences et de cibler ce qui est à travailler.

b) Évaluation de la méthode pédagogique

Concernant le dispositif de la SODEV, les étudiants en renaient des avantages pédagogiques, mais aussi des limites. Comme avantages, ils étaient nombreux à citer une exhaustivité de l'évaluation, et permettait d'aborder les compétences encore à travailler. Parmi les compétences, la majorité des internes trouvait que la SODEV permettait plus spécifiquement une supervision et une autoévaluation de la compétence communication, approche centrée patient. Les étudiants trouvaient également que la supervision après une SODEV était de meilleure qualité. Cependant, le reproche principal qu'ils trouvaient, était que cela pouvait rallonger le temps de consultation, mais aussi celui du débriefing. Il était également rapporté une artificialisation des consultations. Les étudiants ne se sentaient pas libres du fait de la présence de la caméra, et craignaient que la présence de la caméra limite la liberté d'expression du patient.

Si on résume les points positifs et négatifs :

- Points positifs :
 - Voir les points d'amélioration
 - Supervision et auto-évaluation de la communication
 - Amélioration de la supervision

- Points négatifs :
 - Long
 - Artificiel

DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

Vu le caractère récent de cet outil, nous n'avons pas retrouvé d'études évaluant la grille SODEV servant à l'évaluation des séquences SODEV.

On remarque une tendance nette au travail des items de communication au cours des séquences SODEV et de manière significative lors de la première séquence. La sélection de la compétence communicationnelle est significativement plus importante à la seconde SODEV si celle-ci a déjà été sélectionnée lors de la première séquence.

Concernant les items dans leur globalité, certains sont peu travaillés. Plusieurs hypothèses sont à émettre : ils peuvent être intéressants ou inadaptés dans le cadre de la supervision vidéo ou mal compris.

Le nombre d'items est de moins en moins travaillé de manière significative entre la première séquence et la troisième séquence SODEV, on peut donc émettre comme hypothèses que la grille d'évaluation est trop longue ou que les étudiants ayant travaillé plusieurs fois le même item sur les premières séquences SODEV, le nombre global d'items travaillés diminue lors de la troisième séquence.

La participation des MSU à la supervision n'a pas d'influence sur le nombre d'items travaillés.

Nous avons également soulevé le point concernant les orientations pédagogiques qui n'étaient pas déterminées de manière systématique par les étudiants. Il en ressort que la participation du MSU à la supervision n'a pas d'influence sur ces objectifs ; seule la séquence SODEV montre une différence significative entre la première et la seconde SODEV où le nombre d'objectifs définis est plus important lors de la seconde.

Concernant les prescriptions pédagogiques le seul caractère influençant leur détermination est la séquence de supervision et on remarque qu'elles ont été déterminées plutôt lors de la première séquence sans influence de l'objectif pédagogique défini au préalable.

Nous avons aussi pris en compte les réflexions des étudiants sur l'outil d'évaluation des séquences SODEV.

Globalement l'outil est plutôt apprécié par les internes mais il nécessite des modifications.

B. Limites de cette étude

Au cours de cette thèse certains biais concernant l'utilisation de la grille ont été identifiés.

a) Biais de classement

Lorsqu'un étudiant choisit une compétence lors d'une première SODEV il a tendance à travailler la même compétence. Au moment de cette étude les compétences à travailler n'étaient pas imposées.

Le mode d'évaluation notamment lié à l'utilisation d'une caméra peut « artificialiser » la façon de travailler des étudiants au cours de la consultation.

Certains étudiants n'ont parfois pas compris certains items ce qui pousse à une absence de réponse.

Nous avons étudié le nombre d'items travaillés dans chaque compétence rapportée au nombre total d'items travaillés. Les résultats traduisaient la sur-représentation des items de la compétence professionnelle. Ce qui ajoute un biais de classement.

Ces biais limitent le travail d'un maximum d'items différents.

b) Biais de sélection

Cette étude ne concerne que les étudiants en SASPAS à Rouen et ayant effectué au moins trois séquences SODEV.

Ceci limite l'extrapolation des résultats à d'autres facultés et à d'autres stades d'étudiants.

Les non-répondants n'ont pas été inclus.

c) Biais de confusion

Le caractère chronophage de la SODEV peut induire une « fatigabilité » de l'étudiant. Ce qui peut avoir pour conséquence plus de réponses à la première SODEV qu'à celle du 3^{ème} semestre.

Les étudiants travaillent plus d'items, de manière significative, au cours du 5^{ème} semestre comparé à ceux ayant effectué leur SASPAS en 6^{ème} semestre. L'étudiant est-il plus orienté sur la fin de parcours de son DES et la réalisation de sa thèse ?

On peut aussi faire l'hypothèse du caractère chronophage concernant la définition d'une prescription pédagogique. Lors de la première SODEV la définition d'une prescription pédagogique est plus importante comparée à la troisième SODEV avec une différence significative.

La diminution des prescriptions pédagogiques au troisième semestre pourrait s'expliquer par la progression des étudiants ou parce que l'étudiant ne voit pas la possibilité dans le temps de mettre en action les orientations pédagogiques définies.

Les étudiants définissent de manière significative beaucoup plus d'objectifs pédagogiques lors de la seconde séquence SODEV comparé à la première. On pourrait l'expliquer par le fait que lors de la première séquence SODEV l'étudiant « découvre » la SODEV et donc ne trouve pas d'importance à définir un objectif de départ. De même, on peut supposer que le nombre d'objectifs pédagogiques sans différence significative entre la seconde et la

troisième SODEV serait dû à l'absence d'apport pédagogique au-delà de la seconde SODEV.

Sur les synthèses des étudiants plusieurs raisons ont été évoquées concernant l'absence d'objectif pédagogique.

La principale était le fait de réaliser une première SODEV. Les étudiants notaient plutôt un intérêt de réaliser une évaluation « globale » dans un premier temps. Pour une première séquence une orientation pédagogique a été déterminé 49 fois seulement.

D'autres raisons ont été évoquées, les étudiants jugeaient plus intéressant de déterminer un objectif pédagogique en fin de SODEV, certains évoquent le manque de temps, la méconnaissance de déterminer un objectif de départ. Parfois l'objectif pédagogique était jugé non nécessaire soit car les SODEV précédentes s'étaient « bien passées » ou sans raison particulière. Un des étudiants considérait que fixer un objectif pédagogique de départ pouvait constituer un biais sur sa façon de faire lors de la consultation. Il y a eu des oublis également.

C. Forces de cette étude

a) Limiter les biais de suivi

Il s'agit ici d'une étude rétrospective, il n'y a donc pas de perdus de vue. De plus, celle-ci se base sur des données déjà existantes.

Ces éléments permettent de limiter les biais de suivi.

b) Limiter les biais de recrutement

Les séquences SODEV sont réalisées de manière obligatoire en stage de SASPAS à Rouen. De ce fait, il n'y a pas eu de difficultés à recruter les étudiants. Il y'avait aussi peu de critères d'exclusion.

Concernant les MSU, au moins un maître de stage par binôme ou trinôme accepte de pratiquer la SODEV.

c) Limiter les biais de classement

Le fait d'utiliser un outil d'évaluation unique pour réaliser le débriefing des séquences SODEV permet de « standardiser » les débriefings et donc de limiter les biais de classement.

d) Limiter les biais de confusion

Les items les plus travaillés sont identiques qu'il s'agisse de la population d'étudiants en 5^{ème} ou en 6^{ème} semestre. Il n'y a pas d'influence du semestre sur les items choisis. Ceci peut s'expliquer par le fait que les étudiants travaillent beaucoup plus la compétence communication au cours des séquences notamment lors de la première SODEV (même si celle-ci n'était pas imposé pour la période de l'étude). On voit que les étudiants ont tendance à travailler la même compétence si celle-ci a été travaillée au cours de la première SODEV.

Le semestre n'influe pas non plus sur la définition d'une prescription pédagogique.

La participation du MSU lors des séquences SODEV n'a pas d'influence sur la détermination d'un objectif pédagogique ni sur la définition d'une prescription pédagogique. Qu'il s'agissait donc d'une auto-évaluation ou d'une hétéro évaluation, les objectifs pédagogiques et les prescriptions pédagogiques ont été défini de la même manière.

Nous avons remarqué aussi que la définition d'un objectif pédagogique au préalable ne favorise par une prescription pédagogique. On a l'impression dans cette étude que la définition d'un objectif pédagogique de départ est indépendante de la définition d'une prescription pédagogique.

e) Augmentation de la fiabilité des résultats

Le fait de réaliser les séquence SODEV de manière obligatoire a permis de recruter un grand nombre d'étudiants et donc de réponses, ce qui augmente la fiabilité des résultats.

f) Apport de la recherche

A notre connaissance il n'existe pas d'études s'appuyant sur un support pour l'évaluation des séquences SODEV.

Dans le travail de thèse soutenue par Laetitia Dumange (7) il a été mis en place un outil associant SODEV et grille de Calgary-Cambridge lors de la formation des internes accompagnés de leurs MSU visant à créer les conditions favorables à une utilisation efficiente et acceptable. La grille était simplement utilisée comme outil permettant de guider l'évaluation de la séquence SODEV mais son utilisation et sa faisabilité n'était pas étudiée.

Il s'agit de la première étude concernant l'évaluation de la grille utilisée lors la supervision vidéo qui permet de relier les tâches d'apprentissages à maîtriser en consultation aux compétences à acquérir en médecine générale.

L'utilisation de la grille d'évaluation permet de définir des objectifs à mettre en pratique. Le retour des étudiants conforte l'utilisation d'une grille permettant de mieux définir des objectifs leur permettant de cerner les tâches d'apprentissages à améliorer et à progresser dans les compétences auxquelles elles sont reliées.

g) Système d'évaluation

Ce système d'évaluation est une nouvelle méthode permettant un champ large d'analyse.

L'analyse de tous les items de la grille permet de conclure sur l'utilisation de la grille dans sa globalité.

Le retour des étudiants concernant son utilisation était plutôt positif. L'outil grille SODEV permet une amélioration de la supervision, une exhaustivité de l'évaluation, et permet d'aborder les compétences encore à travailler.

Parmi les compétences, la majorité des internes trouvait que la SODEV permettait plus spécifiquement une supervision et une autoévaluation de la compétence communication, approche centrée patient. Les étudiants trouvaient également que la supervision après une SODEV était de meilleure qualité.

D. Utilisation de la grille d'évaluation

a) Pertinence de la grille

La grille d'évaluation est un outil adapté à l'évaluation des tâches complexes réalisées par un étudiant en utilisant des critères explicites communiqués à l'étudiant (8,9). Implémentée d'items portant sur la communication à partir de la grille Boguet et Ariot (Annexe 4), elle aborde toutes les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale. Elle permet de réaliser les entretiens structurés à partir d'objectifs définis selon les besoins de l'étudiant en se basant sur des items précis et indépendants les uns des autres et d'effectuer une auto et une hétéro-évaluation objective.

Elle permet une amélioration des pratiques et permet d'avoir le ressenti des étudiants concernant la SODEV et l'utilisation de la grille.

Cependant cette grille présente un nombre important d'items ce qui pouvait rendre la consultation et le débriefing long. Quelques items ayant été peu travaillés, la question de leur compréhension et de leur pertinence doit être examinée

Il a aussi été mis avant le caractère « artificiel » de l'utilisation de la caméra lors de la consultation mais aussi de la grille car les étudiants peuvent privilégier une compétence lors de leur consultation.

b) Compétence communication

La SODEV permet surtout une évaluation de la communication qui est difficile à réaliser lors d'une supervision indirecte.

Lors de nos recherches nous avons constaté de manière significative que les étudiants ayant traité au-dessus de la moyenne la compétence communication lors de la première séquence SODEV ont plus travaillé la même compétence que les autres à la seconde séquence.

Ceci montre que les étudiants ont compris que la communication au sein de la consultation est un élément essentiel qu'ils doivent maîtriser. C'est également l'axe pédagogique prépondérant retenu au sein du département de médecine générale et qui a conduit à axer obligatoirement les deux premières séquences de la SODEV sur la compétence communicationnelle.

c) Points d'amélioration

À la suite de l'évaluation de l'utilisation de la grille par les internes de SASPAS des perspectives de modification peuvent être mises en évidence :

- Une simplification de la grille en proposant la suppression des items les moins travaillés. Ces items ont été référencés en annexe. Toutefois si l'allègement de la grille peut prendre en compte la fréquence d'utilisation des items, l'intérêt pédagogique de ces items peu travaillés doit être évalué avant que leur suppression soit effective.
- Limiter à une compétence par SODEV. Cet aspect permettrait de se concentrer sur un des aspects de la consultation et d'approfondir la progression dans la compétence sélectionnée. Cela limite toutefois, au vu du nombre de Sodev la possibilité pour l'étudiant de travailler une des tâches d'apprentissage qu'il aurait repéré lors des consultations filmées. Dans cet optique, l'étudiant pourrait s'il le souhaite augmenter le nombre de séquences Sodev ce qui a parfois été émis dans les commentaires des étudiants.
- Reformuler certaines questions non comprises. Ce travail nécessaire pourrait être menée lors d'une étude de consensus portant sur la grille d'observations des compétences.

- Objectifs pédagogiques les plus travaillés doivent être mis en avant afin que l'étudiant travaille préférentiellement ces tâches d'apprentissages.

Dans l'optique d'une réduction de la grille, il n'a pas été trouvé de recommandations pour déterminer le nombre d'items d'une grille (8). Certains auteurs évoquent le seuil de 10 items par grille. Le nombre d'items restreints est une possibilité si l'ensemble des items sont obligatoirement à travailler. L'intérêt d'un grand nombre d'items dans cette grille est de montrer la richesse et la variabilité des actions que l'on peut mettre en œuvre et des compétences que l'on mobilise au cours des consultations ; cette richesse permet de favoriser la réflexion de l'étudiant.

De plus, la SODEV ne doit pas être un prétexte pour faire un débriefing exhaustif. La grille peut également être utilisée en débriefing de situation indirecte.

Concernant le travail des compétences sur la grille, la compétence communication au cours des deux premières SODEV doit être choisie. La dernière séquence autorise de travailler une compétence choisie par l'étudiant et/ou le MSU.

E. Objectifs supplémentaires

Lors de cette étude nous avons pu évaluer la grille grâce à la saisie obligatoire des retours des supervisions.

Nous avons pu évaluer au travers des données saisies ce qui a été ce qui a été travaillé durant les différentes phases de la SODEV.

Le travail de recherche s'est finalement étoffé par rapport aux objectifs initiaux en analysant ce qui a été travaillé au cours des différentes phases de SODEV au travers de nombreux critères : la place de la SODEV dans le cursus, les différentes phases de SODEV, l'influence du MSU.

F. Perspectives

À la suite de ce travail, il est plus important d'axer le débriefing des SODEV sur la compétence communication, approche centrée patient, qui permet une évaluation directe du langage verbal et non verbal de l'interne et du patient.

Il serait intéressant de comparer l'utilisation de la grille avec et sans SODEV afin d'identifier si la SODEV permet de mobiliser la réflexion de l'étudiant sur d'autres tâches d'apprentissage.

Un travail national de validation du protocole SODEV est en cours. Il est issu de celui développé initialement à la faculté de Rouen et comprend la version initiale de la grille d'Observation des Compétences.

CONCLUSION

Par ce travail de recherche nous avons cherché à comprendre l'utilisation de la grille « SODEV » par les étudiants en SASPAS et les facteurs pouvant influencer le contenu de la supervision.

La grille SODEV a pour but d'aider les étudiants et les MSU à évaluer de manière structurée et reproductible les différentes compétences au cours des consultations avec supervision vidéo.

Elle sert à identifier les points d'amélioration permettant aux étudiants de progresser dans l'acquisition de leurs compétences, notamment en termes de communication qui est une compétence difficilement évaluable.

Notre étude montre que globalement les étudiants ont utilisé la grille de la même manière, ce qui nous permet de connaître les points d'amélioration.

Cette méthode d'évaluation, d'après le retour des étudiants, est adaptée à l'évaluation des séquences SODEV de manière complète.

Un modèle de grille « SODEV » modifié et validé, après une étude de consensus, pourrait être proposé comme outil d'évaluation des séquences de supervision vidéo aux facultés pratiquant la SODEV.

BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE

1. CNGE Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes [Internet]. 2009. Disponible sur : <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/06/Référentiel-MG-2009.pdf>
2. Nguyen D-Q, Blais J-G. Approche par objectif ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. nov 2007 ;8(4) :232-51. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2007/04/pmed20078p232.pdf>
3. Thèse Chauvin Baptiste à ajouter Chauvin B. Expérimentation de la Supervision Vidéo au DMG de Rouen : Cadre légal et pratique. [Internet]. Rouen ; 2018. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704264>
4. Petite E, Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. [Internet] : Grenoble ; 2011. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629741/document>
5. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes [Thèse d'exercice]. Poitiers ; 2014.
6. P. Boulet Mieux travailler les compétences avec la grille d'observation par compétences. Présentation au CNGE de Lille par Pr Boulet P. et Dr Thillard P., Décembre 2022. Disponible sur : <https://youtu.be/UD1gqDMZNv4>

7. Pailloux C. La supervision par Observation Directe avec enregistrement Vidéo en stage de médecine générale : étude qualitative sur le ressenti des patients. [Internet]. Rouen ; 2021. Disponible sur : <https://normandie-univ.hal.science/dumas-03355727/>

8. D'amours G., Les grilles d'évaluation, HEC Montréal [Internet] [cité le 24 Septembre 2021] . Disponible sur : <https://hecmontreal.padlet.org/daip2/evaluation>

9. Step 3: Identify the Criteria (Authentic Assessment Toolbox) [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://jonfmuelier.com/toolbox/index.htm>

III. Annexes

Annexe 1 : Protocole SODEV

Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

La SODEV est une méthode pédagogique de supervision innovante qui propose à l'étudiant une analyse réflexive de sa pratique grâce au support d'enregistrement vidéo de ses consultations.

Elle participe principalement à la construction de la compétence centrage sur le patient / communication / relation médecin patient mais permet aussi de travailler les autres compétences professionnelles.

Elle s'adresse aux étudiants en SASPAS et en stage chez la praticien de niveau 1.

Elle constitue une activité pédagogique obligatoire en SASPAS à compter de la promotion 2019 où dans ce contexte elle nécessitera 3 temps de supervision par vidéo durant le semestre au cours des mois 2, 4 et 6 du stage.

Déroulé d'une SODEV :

- L'étudiant filme en accord avec son MSU des consultations.
- La supervision intervient le même jour et porte sur une partie des consultations.
- Le travail pédagogique est structuré au moyen d'une grille de supervision.
- Le retour des séquences de supervision, écrit par l'étudiant et validé par le MSU (signature du document) doit être déposé sur le portfolio. Il doit comporter :
 - Le compte-rendu de la supervision incluant les prescriptions pédagogiques qui en sont issues contre signé par le MSU.
 - La grille d'évaluation remplie par l'interne signée par le MSU.
 - La compétence travaillée, la famille et sous famille de situation, l'évaluation du niveau de compétence dans la compétence travaillé.

Annexe 2a: Fiche de consentement patient



Faculté de Médecine,
Pharmacie

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

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons, de participer activement à la formation d'un jeune médecin généraliste.

L'interne qui va vous recevoir est un médecin généraliste en fin de formation, et va vous proposer de filmer la consultation.

Cet enregistrement vidéo servira à effectuer une séance de supervision avec votre médecin traitant habituel.

La supervision est un temps dédié de formation où médecin maître de stage et interne échangent sur l'apprentissage et le perfectionnement des compétences de ce dernier.
L'examen clinique n'est pas filmé.

Cette vidéo ne sera visualisée que par votre médecin traitant et l'interne, et sera effacée à la fin de la séance de supervision (Article 9 du Code Civil sur le respect de la vie privée).

Vous pouvez refuser d'être filmé(e), sur simple notification à l'interne lorsqu'il vous sollicitera ; et bien entendu sans préjudice sur votre prise en charge.

Si à un moment de la consultation, vous souhaitez interrompre l'enregistrement vidéo, vous pouvez le signaler à l'interne qui aura alors l'obligation de couper la caméra.

Pr Jean-Loup HERMIL

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

Mentions Informatiques et Libertés :

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

Fait le _____ à _____

Annexe 2b : Fiche de consentement interne



Faculté de Médecine,
Pharmacie

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

Cher collègue,

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

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

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

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

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

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

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

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

Pr Jean-Loup HERMIL



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

Mentions Informatiques et Libertés :

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

Fait le _____ à _____

Annexe 3 : grille SODEV

EVALUATION FORMATIVE DES INTERNES — Grille d'observation par compétences C. Attali, C. Renoux, M. Bansard (revu P Boulet pour compétence professionnelle et communication)			UNIVERSITÉ DE ROUEN Normandie Université UPR Santé
ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC GLOBAL DE SITUATION EN TENANT COMPTE DE LA COMPLEXITE			Moy. Item travaillé/Compétence
Le diagnostic de situation consiste non seulement à observer une personne dans son contexte, mais aussi à en réaliser une approche systémique qui apprécie simultanément ses dimensions organique, relationnelle et environnementale, et leurs interactions			
Présentation / Entretien			
C1A	Prend contact de façon chaleureuse et appropriée		10,38
C1B	<i>En cas de patient accompagné</i>	Identifie la place de l'accompagnateur	4,38
C1C		Privilégie le contact avec le patient sans négliger l'accompagnateur	4,14
P55	Se présente comme interne de médecine générale		8,14
C2	Identifie le (les) motif(s) de la consultation		10,99
C3	Recherche la plainte réelle derrière la plainte alléguée		7,66
C4A	Laisse le patient s'exprimer et formuler sa demande sans l'interrompre		10,66
C4B	<i>En cas de plaintes multiples</i>	Définit avec le patient les priorités à traiter et celles qui pourront faire l'objet d'autres consultations	5,85
C4C	<i>En cas de première rencontre</i>	Se renseigne sur les raisons du choix du patient : pourquoi moi, pourquoi ici ?	2,14
C4D	<i>e</i>	Entretient tout en renseignant le dossier médical / ATCD / en fonction de la plainte	4,43
C4E		Explique son fonctionnement / celui de la structure/	1,86
C5	Explore la demande par questions ouvertes préalables		10,04
C6	Adopte une attitude non verbale facilitant la parole du patient		10,04
G7	Explore les données biomédicales (exploration de la plainte)		14,14
G8	Explore les liens avec les évènements de vie du patient		11,77
G9	Explore les répercussions de la plainte sur la vie du patient		13,62
G10	Explore ce que le patient a réalisé seul ou accompagné pour faire face à sa plainte		10,95

G11	Prends en compte les perspectives (approbation ou réticences) du patient / empathique	14,06	
C12	Fait une synthèse et reformule	9,33	
Démarche diagnostique			
La démarche diagnostique devra être discutée lors de l'entretien pédagogique de débriefing ou si besoin pendant la consultation en cas d'intervention du MSU qui devra repérer les étiologies des erreurs de raisonnement			
U13A	<i>En cas de renouvellement</i>	<i>S'enquière de ce qui s'est passé depuis la dernière fois</i>	4,48
U13B		<i>Questionne sur l'acceptation du traitement</i>	3,82
U13C		<i>Recherche tolérance au traitement / effet secondaire / iatrogénie</i>	4,06
U14	Elabore une ou plusieurs hypothèses diagnostiques au vu de l'entretien		7,27
U15	Prend en compte la prévalence en Médecine Générale		7,22
U16	Prend en compte le risque morbide à court et moyen terme à éliminer		6,04
Examen clinique			
C17	Explique les objectifs et le déroulement de l'examen clinique		8,09
U18	Structure l'examen centré sur les hypothèses / objectifs de la consultation		8,64
U19	Poursuit l'entretien durant l'examen physique		9,67
U20	Réalise l'examen en prenant en compte, en levant et en respectant les réticences exprimées ou non exprimées par le patient (Respecte-Explore-Négocie)		5,95
U21	Maîtrise les gestes permettant un examen pertinent		8,54
A l'issue de la démarche			
U22	Confirme l'hypothèse ou élabore des hypothèses alternatives et dans ce cas adapte sa stratégie diagnostique et <u>décisionnelle</u> (Co : Confirme - Cp : Complète)		7,69
U23	Décide à partir du résultat de la consultation : symptômes, examens cliniques et complémentaires		8,35
ELABORATION D'UN PROJET NEGOCIE ; DECISION PARTAGEE			
Etablir avec le patient des objectifs prenant en compte ses possibilités, le contexte, ses contraintes, leur pertinence ; Informer progressivement sur la maladie, la nommer, sur les bienfaits de la prise en charge, sur les risques liés à la maladie, sur la surveillance, sur l'hygiène de vie. Vérifier la compréhension et l'appropriation de ces informations, puis leur utilisation			

U24	<i>En cas de renouvellement</i>	<i>Vérifie la pertinence : faut-il continuer ainsi ou modifier le traitement ?</i>	4,62
C25	Utilise un langage clair et accessible		10,76
C26	Explique la conclusion diagnostique et thérapeutique		9,9
C27	Informe (I) et/ou adapte (A) en tenant compte du patient (type et quantité adéquats d'information à transmettre)		8,47
C28	Vérifie la compréhension et l'accord du patient		10,28
G29	Sans jugement, prends en compte et s'adapte à l'avis du patient		14,51
G30	Tient compte de la temporalité / du cheminement du patient		10,81
METTRE EN ŒUVRE LE PROJET THERAPEUTIQUE			
U32	Prescrit les examens complémentaires de bilan (B) et de suivi (S), si nécessaire, en les justifiant et en les hiérarchisant (H)		7,17
U33	Aide le patient à réaliser ce qui a été décidé ensemble		6,47
ELARGIR ET ENVISAGER LA PREVENTION			
E34	Donne des conseils et des informations à visée de prévention sur un mode descendant		17,05
E35	Intègre la prévention et l'éducation du patient si la situation s'y prête		19,89
E36	Intègre couramment la prévention et l'éducation du patient en tenant compte de l'avis du patient		17,73
E37	Intègre l'entourage du patient dans la <u>prévention</u> et l'éducation du patient si la situation s'y prête en tenant compte de l'avis du patient		11,23
E38	Réalise démarche et gestes de dépistage		14,61
E39	Organise les consultations programmées et le recours à des tiers dans le cadre de l'éducation / facilite l' <u>empowerment</u> (capacité à accomplir)		9,2
E40	Collabore avec d'autres intervenants impliqués dans le travail de prévention, dépistage et d'éducation thérapeutique (P : Participe - A: Activement)		10,28
INSCRIRE SON ACTION DANS LA CONTINUITE ET PLURIDISCIPLINARITE			
Planification du suivi et du projet			
S41	Renseigne le dossier médical		17,41
S42	Utilise le dossier médical pour faire le lien entre les recours ponctuels		15,01

S43		Utilise le dossier médical pour comprendre le parcours du patient	16,5
S44		Organise les consultations programmées et le recours à des tiers	9,95
S45		Fait la synthèse régulièrement de la situation du patient et l'intègre au dossier médical	12,02
S46		Utilise le temps et l'évolution du symptôme comme outil d'évaluation	10,95
S47		Tient compte des avis des autres intervenants dans sa prise en charge	10,2
SP48		Met en place si nécessaire une collaboration avec d'autres soignants (médicaux et paramédicaux) et acteurs sociaux	7,96
Etablissement et entretien de la relation de soin			
C49		S'adapte aux émotions exprimées ou perçues	8,52
C50		Associe le patient à la démarche tout le long de la consultation	9,23
G51		Elargit sa prise en charge aux autres aspects de la vie du patient	10,14
C52		Adopte une posture appropriée en fonction de la situation	8,85
C53		Adapte / Modifie sa posture en fonction de la situation et de l'évolution d'une consultation	7,52
C54A		Accompagne / soutient le patient	7,47
C54B	<i>En cas de difficulté</i>	<i>Informe le patient des difficultés ressenties par le praticien</i>	3,62
C54C	-	<i>Nomme et reconnaît les émotions du patient</i>	3,24
Gestion de son outil de travail			
P56A		Identifie les éléments durant la consultation ne lui permettant pas de gérer le temps (SODEV)	5,59
P56B		Définit les actions à mener pour arriver à gérer le temps de la consultation avec le patient (SODEV)	6,27
P56C		Adapte ses plages et son temps de consultation en accord avec son MSU	5,93
P57		Organise efficacement les temps de formation pratique en stage et de formation théorique	4,9
P58A		Etablit la comptabilité journalière	4,14
P58B		Connait les différentes modalités de paiement (P) et sait comment en assurer la gestion (G) en fonction de la situation du patient (SODEV)	6,65

P58C	Maitrise les grandes lignes de la comptabilité en cabinet de médecine générale libérale ambulatoire	4,14
Savoir être		
P59	Identifie (I) les situations dans lesquelles interviennent le secret médical et le secret professionnel partagé et détermine comment les respecter ® (SODEV)	5,46
P60	Identifie (A), au travers de la consultation, ce qui concerne l'éthique et définit (D) comment adopter une posture éthique et déontologique envers les patients, ses confrères, les autres professionnels de santé et autres interlocuteurs (SODEV)	4,9
Entretien de ses connaissances et ses compétences		
P61A	Sait, à l'issue de la consultation identifier ses besoins de formation pour améliorer ses connaissances (SODEV)	7,21
P61B	Analyse et critique des ressources scientifiques validées, diversifiées pour mettre à jour ses connaissances	5,33
P61C	Utilise et argumente ses nouvelles ressources avec le patient pour expliciter son diagnostic et son projet de soin (SODEV)	4,35
P62A	Sait utiliser en consultation les savoirs acquis durant les formations théoriques et/ou pratiques suivies durant le D.E.S.	5,93
P62B	Définit avec le MSU (M) puis seul (S) les actions à mener pour améliorer ses compétences (SODEV)	6,35
P62C	Reconnait, après analyse de ses actions en consultation, l'intérêt de s'inscrire dans une démarche de développement professionnel continu (SODEV)	5,59
Transmission et élaboration du savoir		
P63	Identifie (I), participe (P), conçoit (C) suite à l'analyse de la consultation des actions pédagogiques à destination de ses pairs et des professionnels paramédicaux utiles pour la prise en charge du patient	3,37
P64	Identifie, après analyse de la consultation, des sujets de recherche (SODEV)	3,33
P65	Participe (P), conçoit (C) et réalise des travaux de recherche	2,43
Maitrise de son <u>environnement</u> professionnel		
REPÉRAGE DES COMPÉTENCES		

C	Communication / Approche centrée patient	U	Premier recours / Urgences
G	Approche globale / complexité	E	Prévention/Dépistage/ Educa tion, thérapeutique
S	Compétence Continuité / Suivi / Coordination	P	Professionalisme
Compétence Professionalisme : Revue pour la SODEV (P. Boulet, B. Chauvin avec C. Attali, C. Renoux, M. Bansard)			

Annexe 5 : Grille Boguet et Ariot

**Grille d'évaluation de la relation médecin - patient
en consultation de médecine générale**

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

IV. Résumé

Contexte :

Lors du cursus de médecine générale à Rouen la communication est devenue un axe essentiel dans la formation des étudiants. L'objectif est de savoir mettre en place une relation centrée sur le patient. Cet enseignement s'appuie sur différents outils pédagogiques. Un des outils pédagogiques obligatoire utilisé est la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo ou SODEV. 3 séquences de SODEV sont réparties durant le stage de SASPAS. L'étudiant filme ses consultations avec l'accord des patients en excluant l'examen clinique. A la suite, en fonction de l'objectif défini au préalable ou non, une supervision avec analyse des vidéos est menée par l'étudiant et son MSU. Le retour de cette supervision dans le portfolio de l'étudiant comporte, à partir d'un questionnaire en ligne, la saisie des tâches d'apprentissages travaillées, l'objectif et l'orientation pédagogique définies avec le MSU.

Afin de la rendre la plus efficace possible, la supervision doit être structurée en utilisant un support. A Rouen, le support utilisé est une grille d'observation des compétences créée par le Pr Attali, Dr Renoux et Dr Bansard implémentée d'items portant sur la communication de la grille de Boguet et Ariot afin de la rendre la plus complète possible et permettant d'évaluer les autres compétences.

Nous nous sommes intéressés dans ce travail à évaluer l'utilisation de cette grille par les étudiants SASPAS afin de l'optimiser pour une utilisation plus pragmatique.

Méthode :

Étude observationnelle descriptive quantitative, semi-qualitative réalisée sur la période de novembre 2020 à novembre 2022 concernant l'utilisation de la grille « SODEV » par les étudiants en SASPAS en Haute-Normandie.

L'analyse descriptive statique est univariée et bivariée. Les tests statistiques Chi2 et Student ont été réalisés dans l'outil Excel

Résultats :

Nous avons observé que les étudiants avaient tendance à travailler de manière plus importante certains items et une diminution du nombre d'items travaillés au cours du semestre. Les étudiants avaient une préférence pour le travail de la compétence communication.

Conclusion :

Notre étude nous a montré l'utilité de cette grille dans la supervision et a permis de définir les points à améliorer. Certains items moins travaillés peuvent aider à une réflexion en vue d'une simplification nécessaire de la grille.

Globalement les étudiants et les MSU apprécient le travail de la SODEV à l'aide de cette grille, elle pourrait être proposé aux autres DMG pratiquant la SODEV.

Mots clefs :

SODEV, supervision vidéo, compétences, communication, médecine générale, SASPAS, grille, évaluation