

La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo, pivot de la compétence " communication, relation, approche centrée patient " : étude quantitative auprès des internes de médecine générale

Laurine Costa

▶ **To cite this version:**

Laurine Costa. La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo, pivot de la compétence " communication, relation, approche centrée patient " : étude quantitative auprès des internes de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03332398

HAL Id: dumas-03332398
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03332398

Submitted on 2 Sep 2021

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

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

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Année 2021

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Spécialité Médecine Générale

La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo, pivot de la compétence « communication, relation, approche centrée patient » : Etude quantitative auprès des internes de médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 22 avril 2021 à la faculté de Médecine de Nice

Par **Madame Laurine COSTA**

Née le 15/07/1991 à Fontainebleau

Membres du Jury :

Président : Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Assesseur : Monsieur le Docteur Stéphane MUNCK

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas HOGU

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de missionprojet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le Professeur David Darmon,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Merci également d'avoir évalué mon mémoire de DES. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Michel Benoit,
Je suis honorée de votre participation à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon,
Je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le docteur Stéphane Munck,
Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Nicolas Hogu, mon directeur de thèse
Je vous remercie de m'avoir fait confiance pour la réalisation de cette thèse. Merci pour votre disponibilité, vos corrections assidues et votre communication positive.

A ma famille,

Merci d’avoir toujours été là pour moi. Merci pour votre soutien, votre aide, votre réassurance et vos encouragements. Merci de m’avoir supportée lors de mes moments de stress. Je ne serais pas là ce jour sans votre présence ni votre amour.

A mes amis,

Merci à mes amis d’enfance, à mes amis de l’externat et mes amis de l’internat. Merci pour toutes ces belles années d’amitié et pour tout ce que vous m’apportez au quotidien.

A mon amour,

Merci pour ton soutien et pour tout l’amour que tu me donnes. Merci d’être à mes côtés chaque jour.

Résumé

Introduction : La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique encore très peu pratiquée en France, malgré son efficacité et sa supériorité par rapport à l'enseignement traditionnel pour la formation de la compétence en communication.

Objectifs : Rechercher les principaux facteurs favorisant et limitant la mise en place de la SODEV dans le cadre de la formation des internes de médecine générale (IMG) niçois et identifier dans un second temps les éléments permettant la création de ce projet pédagogique.

Méthodes : Etude quantitative auprès des IMG de l'Université Côte-d'Azur des promotions d'internat 2017/2018, 2018/2019 et 2019/2020. Les données ont été recueillies du 25 mai au 31 octobre 2020 par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne comprenant des questions sur les caractéristiques de notre population et sur des éléments issus de la littérature témoignant des avantages et des inconvénients de la SODEV.

Résultats : 46,8 % des IMG éligibles ont participé à l'étude. Pour la majorité des internes, l'intérêt de la mise en place de la SODEV au cours des stages ambulatoires était son apport pédagogique pour l'amélioration des aptitudes en communication. Cependant, l'anxiété anticipatoire provoquée par l'enregistrement vidéo limitait sa pratique. Plusieurs liens statistiques ont été retrouvés entre l'appréhension générale de la SODEV et certaines craintes de l'étudiant. Des points précis d'organisation des séances de supervision vidéo ont été soulevés.

Conclusion : La mise en place de la SODEV dans les stages ambulatoires en médecine générale est bénéfique pour les internes à condition d'une préparation spécifique. Notre travail est un argument complémentaire à la mise en place effective de la SODEV avec une meilleure compréhension des outils nécessaires.

Mots clés : Enregistrement vidéo, Compétence, Communication, Médecine générale, Interne, Enseignement, Rétroaction

Abstract

Introduction : Video recording with immediate feedback is a pedagogical method that is still very little used in France, despite its effectiveness and superiority compared to traditional teachings used to enhance communication skills.

Objectives : To research the main factors fostering and limiting the implementation of the video recording with immediate feedback method within the training framework presented to general practice residents in Nice and to identify the elements allowing the creation of this pedagogical project.

Methods : Quantitative study among the general practice residents of the University of Côte d'Aur - 2017/2018, 2018/2019 and 2019/2020 internship years. Data were collected from 25 May to 31 October 2020 through an online survey with questions on the characteristics of our population and on elements from literature showing the advantages and disadvantages of the Video recording with immediate feedback method.

Results : 46.8% of the eligible general practice residents participated in the study. For the majority of the residents, the benefit of implementing the video recording with immediate method during ambulatory internships was its pedagogical contribution to the improvement of communication skills. However, the anticipatory anxiety caused by the video recording limited its practice. Several significant links were found between general apprehension associated with the video recording with immediate feedback method and some fears experienced by students. Specific points relating to the organisation of the video supervision sessions were raised.

Conclusion : The implementation of the video recording with immediate method during ambulatory general practice internships is beneficial for the residents provided that they are specifically prepared. Our work is a complementary argument in favour of the use of the video recording with immediate method with a better understanding of the necessary tools.

Key words : Video-recording, Skill, Communication, General practice, Resident, Teaching, Feedback

Liste des abréviations

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DES : Diplôme d’études spécialisées

DMG : Départements de médecine générale

DPO : Délégué de protection des données

IMG : internes de médecine générale

MSU : Maître de stage universitaire

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SN1 : Stage ambulatoire de Niveau 1

SODEV : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo

Tables des matières

INTRODUCTION **15**
MATERIEL ET METHODE **17**
Population de l'étude **17**
Questionnaire **17**
Recueil des données **17**
Aspect réglementaire **17**
Analyse statistique **18**
RESULTATS **19**
Population étudiée **19**
Facteurs relevant de l'interne **19**
Facteurs relevant de la relation avec le MSU **20**
Facteurs relevant de la méthodologie **20**
Apport pédagogique de la SODEV **23**
Analyse des commentaires libres **23**
DISCUSSION **24**
Analyse des principaux résultats relevant de l'interne et de sa relation avec le MSU **24**
Analyse des principaux résultats relevant de la méthodologie **25**
Forces et limites **26**
Perspectives **26**
CONCLUSION **27**
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **28**
ANNEXE **30**
SERMENT D'HIPPOCRATE **36**

INTRODUCTION

En médecine, une communication efficace est essentielle à la qualité des soins[1,2]. Pour les patients, elle permet de participer activement au partenariat proposé par le médecin. Elle a un effet positif sur les résultats de leur santé[3] et contribue à diminuer le nombre de consultations ainsi que le risque d'hospitalisation[4]. Pour les médecins, une écoute attentive et une empathie sincère permettraient de réduire d'éventuels conflits avec le patient[5]. Elle occupe donc une place prépondérante dans l'ensemble des activités cliniques quotidiennes.

Le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) la considère comme l'une des six compétences génériques essentielles à maitriser pour l'exercice de la médecine générale[6]. Les habiletés nécessaires pour une communication efficace ne sont pas innées, mais elles doivent être enseignées et apprises[7]. C'est pourquoi, elle est devenue un objectif d'apprentissage pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

A Nice, c'est principalement au cours du troisième cycle des études médicales que l'enseignement s'effectue. Le socle académique est fourni par un séminaire en DES 1 et une auto-évaluation réalisée chaque semestre. La mise en pratique s'effectue au cours des stages où l'encadrement pédagogique est assuré par les maîtres de stages universitaires (MSU) sous la forme d'une supervision clinique directe ou indirecte.

Lors de ces stages en ambulatoire, la supervision du MSU se fait par observation directe, majoritairement lors du stage de niveau 1 (SN1) en première année du DES. Elle permet d'explorer les compétences mobilisées et leur niveau. L'analyse des habilités communicationnelles est facilement réalisable. Cependant, la présence physique du superviseur peut provoquer chez l'étudiant du stress et de l'anxiété. La supervision indirecte, réalisée à partir du récit et des traces de l'interne, est pratiquée, plutôt, lors du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) au cinquième ou au sixième semestre. Elle est utile pour construire l'autonomisation de l'étudiant. Ce dernier peut décrire son ressenti et ses émotions, mais cette méthode ne permet pas d'évaluer pleinement la communication. De plus, l'étudiant peut omettre des informations pouvant ainsi modifier le récit et donc l'apport pédagogique de la supervision.

La supervision directe peut aussi se faire sans la présence du MSU, mais au moyen d'une vidéo. Cette méthode est appelée : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV). Elle consiste à filmer l'étudiant lors d'une consultation en autonomie, puis à

analyser avec le MSU l'enregistrement vidéo. Elle doit suivre un protocole précis. C'est un outil d'évaluation objectif et un support de formation complet[8].

Les prémices de cette méthode ont vu le jour dans les années 1970 aux Etats-Unis[9]. Elle s'est ensuite largement développée au Canada[10,11] pour se diffuser à partir des années 1980 au Royaume-Uni[12], puis dans le reste du monde[13].

Ses points forts, validés, portent sur son efficacité et sa supériorité par rapport à l'enseignement traditionnel pour l'amélioration des aptitudes de l'interne en matière de communication[14,15]. L'auto-évaluation réflexive de l'étudiant, en regardant a postériori la vidéo suivie d'une analyse pédagogique du superviseur, permettent d'accroître le bénéfice de la supervision[16]. Les résultats en termes d'apprentissage et de maintien des compétences à long terme sont nettement favorables[17]. Cette méthode est, de plus, appréciée et acceptée par les étudiants malgré les difficultés qu'elle peut entrainer[18,19,27].

En France, le premier travail de recherche sur la SODEV est réalisé par William Durieux en 1998. Depuis 2011, les nombreux travaux réalisés soulignent son intérêt pédagogique pour l'amélioration des habiletés communicationnelles[20-29] et pour l'acquisition des autres compétences du DES de médecine générale[27]. Elle semble être adaptée et perçue de manière favorable par les internes lorsqu'elle est pratiquée au cours du SN1 ou du SASPAS. En 2016, lors du congrès du CNGE, le Pr P.Boulet présente la SODEV comme un outil pédagogique permettant d'explorer de manière complète les interactions entre le médecin et son patient[30]. En 2018, Baptiste Chauvin décrit la mise en application d'un protocole de SODEV au sein du département de médecine générale de Rouen fournissant un encadrement légal et pédagogique[31] à cette méthode. Cependant, la SODEV reste très peu pratiquée en France. En 2017, 29 départements de médecine générale (DMG) sur 32 soit 90,7 % ne l'utilisaient pas, mais 22 DMG soit 68,8 % souhaitaient y participer[13]. Mais à ce jour, aucune recherche quantitative de grande ampleur n'a été menée auprès des internes, les principaux intéressés.

L'objectif principal de cette étude était de rechercher les principaux facteurs favorisant et limitant la mise en place de la SODEV dans le cadre de la formation des internes de médecine générale (IMG) niçois. L'objectif secondaire était de faire des propositions dans la construction de ce projet pédagogique.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, monocentrique, à visée pédagogique, réalisée du 25 mai 2020 au 31 octobre 2020 auprès des IMG de la Faculté de Médecine de Nice.

Population de l'étude

Un questionnaire en ligne a été envoyé par courriel à tous les étudiants de la Faculté de Médecine de Nice des promotions d'internat 2017/2018, 2018/2019 et 2019/2020, à partir des adresses mails issues des fichiers de la scolarité.

Questionnaire

Il s'agissait d'un auto-questionnaire anonyme, précédé d'un paragraphe de présentation.
La première partie du questionnaire concernait les caractéristiques de notre population. La seconde partie regroupait des questions, issues des éléments de recherche, principalement qualitatifs, présents dans la littérature française et étrangère, témoignant des avantages et des inconvénients de la SODEV perçus par les étudiants ou les MSU, qu'ils aient expérimenté ou non cette méthode d'enseignement.
Il comprenait au total 35 questions obligatoires à choix unique ou multiple et deux facultatives à réponse libre (Annexe).
Il a été testé au préalable auprès de quelques étudiants afin d'évaluer la durée ainsi que la compréhension et la cohérence des questions.

Recueil des données

Le questionnaire a été construit à partir du logiciel Google Forms et a été diffusé, par courriel, entre le 25 mai et le 31 octobre 2020, aux étudiants de notre population. Plusieurs relances par mails ainsi que des démarches physiques ont été effectuées. Les réponses au questionnaire ont été rendues anonymes par le logiciel avant d'être assemblées sous forme d'un tableau Excel pour l'analyse.

Aspect réglementaire

Le questionnaire a été élaboré afin qu'aucune donnée ne puisse être rattachée à une personne physique identifiée ou identifiable. L'enquête a été en ce sens hors du domaine du règlement

général sur la protection des données (RGPD) et n'a donc pas fait l'objet de démarche plus approfondie du délégué de protection des données (DPO) de l'établissement de l'Université Côte d'Azur.
De plus, les deux réponses sous forme textuelle ont été analysées lors du rapatriement des données afin d'éliminer si nécessaire les réponses permettant d'identifier un tiers.

Analyse statistique

Les variables étant toutes catégoriques, elles ont été décrites par effectifs et pourcentages. Elles ont été comparées selon le sexe, l'appréhension ou non à la réalisation d'une consultation filmée, et la réalisation antérieure ou non de la SODEV. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test paramétrique du chi 2 et à défaut le test non paramétrique de Fischer. Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique R version 3.6.2.

RESULTATS

Population étudiée

Le questionnaire a été envoyé aux 216 IMG de la faculté de Nice et 101 personnes ont répondu, soit un taux de réponse de 46,8 %.
Les caractéristiques des étudiants ayant retourné le questionnaire ont été répertoriées dans le tableau 1.
En comparaison avec la population cible, nous avons observé dans notre échantillon un plus fort taux de répondants parmi les femmes [70,3 *vs* 62 %] et les internes en troisième année [45,5 *vs* 32,4 %], sans différence statistiquement significative ($p > 0,05$).

Tableau 1 : Caractéristiques des internes

Caractéristiques	Effectifs n = 101
Sexe	
▪ Homme	30 (29,7 %)
▪ Femme	71 (70,3 %)
Année d'internat	
▪ 1ère année	29 (28,7 %)
▪ 2ème année	26 (25,7 %)
▪ 3ème année	46 (45,5 %)
Stages effectués	
▪ SN1	101 (100 %)
▪ SASPAS	39 (38,6 %)
Connaissance de la SODEV	
▪ Oui	38 (37,6 %)
▪ Non	63 (62,4 %)
Pratique antérieure de la SODEV	
▪ Oui	7 (6,9 %)
▪ Non	94 (93,1%)

Facteurs relevant de l'interne

98 % des internes accordaient une importance marquée ([Très important], [Plutôt important]) à l'amélioration de la compétence « communication, relation, approche centrée patient » au cours de leur internat. La personnalité de l'interne n'était pas ressentie comme incompatible avec la SODEV pour 71,3 %. Mais, 71,3 % des IMG appréhendaient la réalisation d'une consultation filmée. Cette « appréhension générale » était statistiquement plus importante chez les femmes que chez les hommes [78,9 *vs* 53,3 % ($p = 0.0187$)]. Elle était statistiquement liée à la crainte d'un défaut de performance aux yeux du MSU ou à ses yeux [respectivement $p = 0,001$ et $p = 0,0017$], à la crainte de se voir et de s'entendre sur l'enregistrement vidéo ($p = 0,001$) et à la crainte d'une confrontation à des difficultés médicales ou relationnelles au

cours de la consultation [respectivement p = 0,0046 et p = 0,0103] (tableau 2). Pour tous les IMG, la crainte de se trouver face à des difficultés médicales, de l'image renvoyée par la vidéo et de ne pas être à la hauteur de ses propres attentes était statistiquement plus importante chez les femmes que chez les hommes [respectivement 81,7 *vs* 43,3 % (p = 0,003), 73,2 *vs* 43,3 % (p = 0,0083), 76,1 *vs* 53,3 % (p = 0.0427)].

Facteurs relevant de la relation avec le MSU

Un climat de confiance libre de jugement était indispensable pour 96 % des IMG et c'était plus l'analyse du MSU sur les connaissances (70,3 %) que sur les habiletés communicationnelles (61,4 %) qui créait de l'appréhension. L'utilisation de la vidéo semblait engendrer un niveau d'appréhension similaire ou inférieur à celui induit par la supervision directe (51,5 %), mais plus important que celui provoqué par la supervision indirecte (66,3 %). Un lien statistique a aussi été retrouvé entre l'« appréhension générale » et la crainte de l'analyse du MSU sur les connaissances médicales (p = 0,0009) et sur les habiletés communicationnelles (p = 0,0044) (tableau 2). Ici encore, pour tous les IMG, le même lien de genre a été retrouvé pour la crainte de l'analyse du MSU sur les connaissances médicales [80,3 *vs* 46,7 % (p = 0,0017)] et sur les habiletés communicationnelles [70,4 *vs* 40 % (p = 0,0081)].
La mise en place organisée d'une rétroaction avec visionnage était ressentie comme un outil permettant une meilleure analyse avec une participation plus active (56,4 %) ou propre à créer un climat de confiance (48,5 %), une étude plus approfondie du MSU (44,6 %) et une meilleure perception des critiques du MSU (41,6 %).

Facteurs relevant de la méthodologie

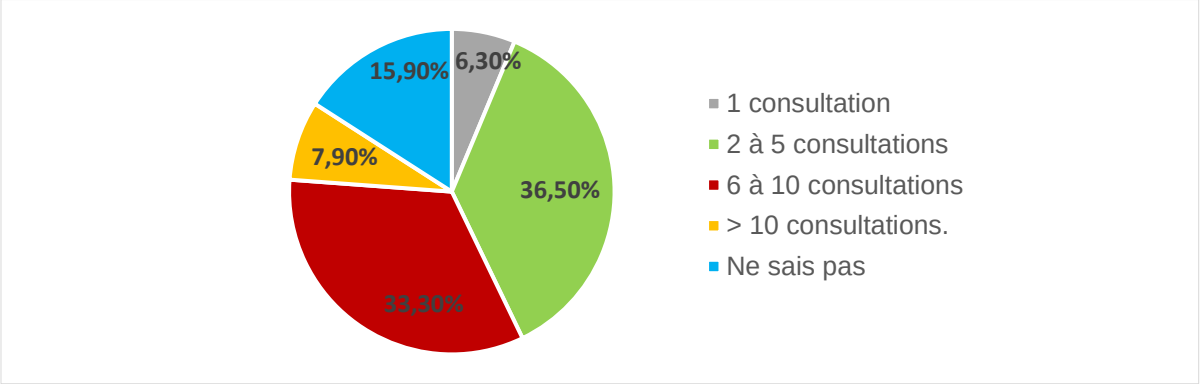
Caméra : si 98 % des IMG pensaient que la présence de la caméra pouvait modifier leur communication verbale et non verbale, 38,6 % des internes pensaient que celle-ci était moins intrusive que la présence du MSU dans la consultation, 35,6 % plus intrusive et 25,7 % similaire. Les motifs de cette modification relevaient d'une perte d'aisance (79,2 %), du stress (70,3 %), d'un manque de spontanéité (69,3 %), et/ou d'un désir de perfection (59,4 %). Il existait une association statistique entre l' « appréhension générale » et la modification du comportement liée au stress et à la perte d'aisance [respectivement p = 0,0009 et p = 0,0154] (tableau 2). Ces deux dernières variables étaient statistiquement plus importantes chez les femmes que chez les hommes [respectivement 78,9 *vs* 50 % (p = 0,0077), 87,3 *vs* 60 % (p = 0,0047)].
Choix du patient : si le choix était laissé, 40,6 % des IMG préféraient être filmés avec un patient sélectionné au hasard, 27,7 % avec un patient connu d'une consultation antérieure, 7,9 %

avec un patient choisi par leur maître de stage et 1 % avec un patient qui leur a posé un problème lors d'une consultation précédente. 22,8 % des étudiants ont répondu ne pas avoir de préférence.

Choix du MSU : si le choix était laissé, 64,4 % des IMG préféraient réaliser la séance de rétroaction avec leur MSU actuel et 16,8 % avec un MSU qu'ils ne connaissaient pas. 15,8 % des étudiants ont dit ne pas avoir de préférence et 3 % ne pas savoir.

Déroulement de la SODEV : pour la grande majorité des IMG (73,1 %), il était rassurant, avant de réaliser leur première SODEV, d'observer un enregistrement vidéo d'une consultation menée par leur MSU, puis de réaliser avec lui la séance de rétroaction en inversant le rôle supervisé-superviseur ([Rassurant] et [Très rassurant]). Le recueil et l'information du consentement au début de la consultation n'était pas ressenti comme une contrainte pour 55,6 % des internes. Pour les autres (44,4 %), cette contrainte était due à la crainte d'une réticence ou d'un refus du patient (84,4 %), d'un sentiment de redevance vis-à-vis du patient (66,7 %), d'une charge de travail supplémentaire (51,1 %) et d'un aspect chronophage (46,7 %). 62,4 % des IMG préféraient visualiser seul leur(s) première(s) vidéo(s) afin de s'habituer à leur auto-analyse. Le nombre de séances nécessaires selon eux est représenté sur la figure 1 ci-dessous.

Figure 1 : Nombre de séances nécessaires afin de s'habituer à l'auto-analyse



La répétition des séances emportait la faveur de 86 % des IMG afin de diminuer l'impact néfaste de la caméra sur leur comportement. La plupart des étudiants souhaitaient débuter la SODEV au milieu du stage lors du SN1 (54,5 %) et au début du stage lors du SASPAS (60,4 %). L'utilisation de l'enregistrement créait pour la majorité des IMG une gêne, que ce soit vis-à-vis d'autres enseignants (64,4 %) avec le même lien statistique de genre [71,8 *vs* 46,7 % (p = 0,0289)] ou vis-à-vis d'autres étudiants (81,2 %). Les internes ayant déjà pratiqué la SODEV étaient statistiquement moins gênés que ceux n'ayant eu aucune expérience concrète de cette méthode si leur enregistrement était diffusé devant d'autres étudiants [42,9 *vs* 84 % (p = 0.0223)]. Un lien statistiquement a été retrouvé entre

l'« appréhension générale » et la crainte d'une diffusion de l'enregistrement vidéo (tableau 2). La crainte d'une évaluation validante était ressentie par 60,4 % des IMG. Cette dernière était statistiquement plus importante chez les femmes [64,8 *vs* 50 % (*p* = 0,0078)] et chez les internes n'ayant jamais pratiqué la SODEV [63,8 *vs* 14,3 % (*p* = 0,0184)]. L'« appréhension générale » était aussi liée à cette crainte (*p* = 0,037) (tableau 2).

Tableau 2 : Craintes de l'interne selon l'appréhension à la réalisation d'une consultation filmée (ou l'« appréhension générale »)

	Appréhension		
	Oui n = 72	Non n = 29	*p.value*
Crainte d'une confrontation à des difficultés médicales :			
▪ Oui	57 (79.2%)	14 (48.3%)	< 0.01
▪ Non	15 (20.8%)	15 (51.7%)	
Crainte d'une confrontation à des difficultés relationnelles :			
▪ Oui	49 (68.1%)	11 (37.9%)	< 0.01
▪ Non	23 (31.9%)	18 (62.1%)	
Crainte d'un défaut de performance à ses yeux :			
▪ Oui	57 (79.2%)	13 (44.8%)	< 0.01
▪ Non	15 (20.8%)	16 (55.2%)	
Crainte d'un défaut de performance aux yeux du MSU :			
▪ Oui	56 (77.8%)	12 (41.4%)	< 0.001
▪ Non	16 (22.2%)	17 (58.6%)	
Crainte de se voir et s'entendre :			
▪ Oui	59 (81.9%)	11 (37.9%)	< 0.001
▪ Non	13 (18.1%)	18 (62.1%)	
Crainte de l'analyse du MSU sur les connaissances :			
▪ Oui	58 (80.6%)	13 (44.8%)	< 0.001
▪ Non	14 (19.4%)	16 (55.2%)	
Crainte de l'analyse du MSU sur les habiletés communicationnelles :			
▪ Oui	51 (70.8%)	11 (37.9%)	< 0.01
▪ Non	21 (29.2%)	18 (62.1%)	
Crainte d'une modification du comportement : stress			
▪ Oui	58 (80.6%)	13 (44.8%)	< 0.001
▪ Non	14 (19.4%)	16 (55.2%)	
Crainte d'une modification du comportement : perte d'aisance			
▪ Oui	62 (86.1%)	18 (62.1%)	< 0.05
▪ Non	10 (13.9%)	11 (37.9%)	
Crainte de la diffusion de l'enregistrement vidéo devant d'autres enseignants			
▪ Oui	55 (76.4%)	10 (34.5%)	< 0.001
▪ Non	17 (23.6%)	19 (65.5%)	
Crainte de la diffusion de l'enregistrement vidéo devant d'autres internes			
▪ Oui	65 (90,3 %)	17 (58,6 %)	< 0,001
▪ Non	7 (9,7 %)	12 (41,4 %)	
Crainte d'une évaluation validante :			
▪ Oui	47 (65.3%)	14 (48.3%)	< 0.05
▪ Non	14 (19.4%)	13 (44.8%)	
▪ Ne sais pas	11 (15.3%)	2 (6.9%)	

Apport pédagogique de la SODEV

Les bénéfices pour l'interne de cette méthode d'apprentissage ont été répertoriés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Apport pédagogique de la SODEV

Apport pédagogique	Effectifs n = 101
La prise de conscience de ses points forts et de ses points faibles dans :	
• Les habiletés communicationnelles non verbales	90 (89.1 %)
• Les habiletés communicationnelles verbales	82 (81.2 %)
• L'organisation de sa consultation	82 (81.2 %)
• Les habiletés relationnelles	66 (65.3 %)
• La démarche décisionnelle	28 (27.7 %)
• La démarche diagnostique	24 (23.8 %)
L'acquisition d'une démarche plus réflexive sur son savoir être et son savoir faire	67 (66.3 %)
La mise en avant plus concrète et plus facile d'objectifs d'amélioration	65 (64.4 %)
Une prise de confiance en soi	
• En visualisant sa progression	52 (51.5 %)
• En visualisant ses points forts	42 (41.6 %)
Une autonomisation	29 (28.7 %)
Une progression durable des compétences travaillées	15 (14.9 %)
Une progression rapide des compétences travaillées	10 (9.9%)

À noter, dans le groupe d'internes ayant réalisé auparavant la SODEV, 100 % d'entre eux ont déclaré que la SODEV avait un intérêt dans la fixation des objectifs d'amélioration.

Analyse des commentaires libres

D'après les commentaires libres des internes, la SODEV était perçue comme une méthode d'apprentissage intéressante et bénéfique pour l'amélioration des compétences en communication en permettant la visualisation de ses forces et de ses faiblesses ainsi que son évolution au cours du semestre. Un climat de confiance avec une hétéroévaluation du MSU constructrice, bienveillante et sans jugement était nécessaire. Les enregistrements successifs de plusieurs vidéos permettraient de diminuer la gêne liée à la présence de la caméra. Certains l'ont tout de même décrit comme une technique intimidante entrainant une modification du comportement (stress, perte d'aisance, perte de naturel). Ils ont dit souhaiter que cet outil soit proposé et non obligatoire et qu'il ne soit pas sanctionnant.

DISCUSSION

Analyse des principaux résultats relevant de l'interne et de sa relation avec le MSU

L'apport pédagogique de la SODEV permet aux internes de construire leur progression dans la compétence "communication, relation, approche centrée patient". Elle répond pour 98 % des IMG à leur attente lors des stages chez le praticien. Notre étude prouve qu'elle permet, pour une majorité des internes, une prise de conscience de leurs habiletés communicationnelles et relationnelles dans le contexte dynamique de la consultation, une démarche autoréflexive sur leur savoir-être et savoir-faire, et une aide à la construction d'objectifs de progression. Il est important de souligner l'absence « d'incompatibilité » à cet outil pour 70,3 % d'entre eux, témoignant d'une utilisation possible pour l'enseignement à la communication.
Mais, l'appréhension à la réalisation de l'enregistrement vidéo d'une consultation en autonomie constitue un frein majeur pour 70,3 % des IMG, principalement chez les femmes ($p < 0.05$). Notre étude montre une association significative, décroissante, entre cette appréhension et la crainte liée à l'image produite (diffusion/confrontation/représentativité de l'image), à un défaut de performance aux yeux du MSU plus qu'à leurs propres yeux, à l'analyse du MSU sur leur savoir plus que sur leur savoir-être, à la mise en difficulté sur le plan médical ou relationnel et à une évaluation validante projetée comme sanctionnante. Toutefois, face à cette anxiété anticipatoire, il est important de rappeler que, les étudiants ayant déjà utilisé la SODEV craignent moins cette évaluation validante ainsi que l'usage de leur l'image.

Nos résultats confortent les données issues des études qualitatives portant sur l'identification par la vidéo des lacunes et des acquis dans la compétence communication[20,22,29]. Une seule étude quantitative française a été réalisée sur l'intérêt de la SODEV comme outil de formation et d'évaluation des apprentissages des IMG au cours des stages ambulatoires. Elle n'avait pas spécifiquement abordé les freins[27]. Les résultats étaient similaires à notre étude concernant l'intérêt dans les techniques de communication (près de 85 %), la dimension relationnelle (près de 85 %), le déroulé de la consultation (près de 85 %) ainsi que la fixation d'objectifs de progression pédagogique (72,1 %), mais discordant concernant l'intérêt dans la démarche diagnostique et décisionnelle (74,4 %). C'est l'autoévaluation couplée à l'hétéroévaluation de la prestation filmée de l'interne qui permettent de perfectionner la compétence communication[14,16,32]. Dans l'étude de Eeckhout et al, près de 90 % des stagiaires en médecine générale ont remarqué une amélioration de leurs propres compétences en communication grâce à l'observation et à l'évaluation de leurs enseignants[18].

Nos résultats confortent aussi les données issues des études qualitatives explorant les freins à l'utilisation de la SODEV. Pour limiter l'anxiété anticipatoire, une relation sans jugement entre le superviseur et le supervisé est primordiale pour 96 % des IMG. D'après l'étude de Cayer et al, les efforts des superviseurs pour créer un climat de confiance exempt de jugement aident à diminuer l'anxiété des étudiants liée à la supervision vidéo[19]. Les commentaires des enseignants doivent être constructifs et non menaçants pour l'apprenant[32,33]. Les étudiants semblent aussi avoir besoin de réconfort et de soutien de la part de l'enseignant pour l'analyse de leur prestation[34]. Les liens significatifs entre le sexe féminin et l'ensemble des appréhensions retrouvées dans l'étude peuvent sans doute être expliquées par le fait que les femmes sont généralement plus anxieuses que les hommes[35] et probablement plus perfectionnistes, mais cette dernière hypothèse nécessiterait un travail complémentaire.

Analyse des principaux résultats relevant de la méthodologie

Notre travail identifie des points précis d'organisation des séances pédagogiques de la SODEV, propres à lever les principaux motifs d'appréhension de l'interne : réalisation d'un premier enregistrement vidéo en inversant les rôles supervisé-superviseur, visualisation des premières vidéos uniquement par l'interne et répétition et qualité des séances de supervision avec leur MSU. Notre étude a aussi montré qu'il est pertinent, pour les IMG, de débuter la supervision vidéo au milieu du SN1 et au début du SASPAS avec un patient choisi au hasard.

Ces vœux d'organisation impliquent que les IMG souhaitent se familiariser avec cette méthode d'apprentissage par une préparation spécifique. Paul et al ont constaté que la plupart des étudiants de leur étude rapportaient une appréhension initiale à l'enregistrement vidéo, mais qu'elle diminuait avec la pratique[36]. Dans l'étude de Nilsen et al, beaucoup d'étudiants ont admis, après réalisation de la séance de supervision, que leurs inquiétudes initiales étaient sans doute exagérées[34]. Ces données concordent avec notre résultat significatif sur les internes ayant déjà eu une expérience de supervision vidéo.

Il est aussi important que la SODEV apparaisse comme un accompagnement formatif et non comme une évaluation pouvant être sanctionnante.
Forcer l'étudiant accentuerait des mécanismes de blocage et empêcherait toute forme de rétroaction[37.] C'est l'explicitation du paradigme pédagogique d'auto-apprentissage qui doit donner du sens à l'évaluation formative et non pas normative.

Forces et limites

Ce travail est la première étude quantitative française recherchant auprès des IMG les facteurs favorisant et limitant la mise en place de la SODEV lors des stages chez le praticien. Il permet de renforcer la validité des études qualitatives réalisées sur notre sujet.
Le questionnaire a été préalablement testé auprès de quelques étudiants afin de s'assurer de la compréhension et de la cohérence des questions. Il s'adresse à l'ensemble des IMG de notre faculté et pas uniquement aux étudiants actuellement en SN1 ou SASPAS.

Concernant la protection des données, il aurait été préférable d'utiliser un questionnaire issu de la plateforme universitaire (Lime Survey). L'étude est basée sur des données auto-déclaratives pouvant induire un biais d'information. Bien que notre échantillon soit comparable à notre population sur le sexe et le niveau d'études, un biais de sélection peut exister pour un taux de réponse inférieur à 50 %. Cependant, ce taux de participation reste satisfaisant pour le type de notre étude et suggère que les étudiants se sont sentis réellement concernés par ce sujet [38].

Perspectives

Depuis le début de la réalisation de notre étude, le DMG de Rouen a mis en place un protocole pédagogique de supervision par vidéo pour les MSU de SASPAS. Celui-ci a été diffusé à l'ensemble des DMG dans le but de généraliser cet outil pédagogique. Les résultats de notre étude permettent d'apporter quelques précisions à ce protocole, nécessaires pour favoriser l'acceptabilité des internes à la pratique de la SODEV. Il nous semble indispensable d'obliger le MSU à se filmer au préalable et à faire visionner la vidéo par son interne. Celui-ci récupérant alors les outils d'évaluation aura une meilleure appropriation de la finalité pédagogique de la SODEV. Un point reste en suspens : c'est la pertinence pédagogique de l'outil d'évaluation de la séquence pédagogique qui n'a pas été étudiée dans notre travail.
Il serait intéressant de réaliser une étude de cohorte avant-après réalisation du programme pédagogique de supervision vidéo pour explorer l'évolution des réticences de l'interne liée à ce mode de supervision.
Par la suite, une fois les réticences levées, il serait utile de créer une banque pédagogique de données regroupant les enregistrements vidéo réalisés dans les différentes facultés de France afin de les utiliser ultérieurement pour l'enseignement à la communication. Il peut aussi être pertinent de créer une « vidéothèque » propre à chaque interne qui permette à l'étudiant de visualiser réellement ses améliorations au fil du temps [39].

CONCLUSION

La mise en place de la SODEV dans les stages ambulatoires en médecine générale est, selon notre étude, bénéfique pour les internes à condition d'une préparation spécifique.

Elle présente un réel intérêt pour l'amélioration des habiletés communicationnelles et relationnelles, mais elle suscite une anxiété anticipatoire importante.
Une relation de confiance sans jugement entre le MSU et l'étudiant ainsi que le respect des vœux de l'interne concernant l'organisation des séances de supervision semblent favoriser l'acceptabilité des étudiants à pratiquer cette méthode de formation.

Notre travail est un argument complémentaire à la mise en place effective de la SODEV avec une meilleure compréhension des outils nécessaires.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. 2° édition. ERPI, 2016.
2. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa : Santé Canada, 2001.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. CAN MED ASSOC J 1995;152:1423-33.
4. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Observational study of efect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001;323:908-11.
5. Lussier MT, Richard C. Complaints and legal actions Role of doctor-patient communication. Canadian Family Physician 2005;51:37-9.
6. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2010.
7. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of communications training on medical student performance. JAMA 2003;290:1157-65.
8. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. L e s outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. Pédagogie Médicale 2002, 3 : 33-7.
9. Cassata DM, Conroe RM, Clements PW. A program for enhancing medical interviewing using video-tape feedback in the family practice residency. J Fam Pract 1977:673–677.
10. Premi J. An assessment of 15 years' experience in using videotape review in a family practice residency. Académic medicine 1991;66:56-7.
11. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. Can Fam Physician 1993;39:2006–12.
12. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NC, Verby J, Wallace BB. Teaching with audiovisual recordings of consultations. J R Coll Gen Pract 1980;30:333–6.
13. Jacquet G. Etat des lieux de l'utilisation de la supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en France et à l'international. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2018.
14. Ozcakar N, Mevsim V, Guldal D, Gunvar T, Yildirim E, Sisli Z, et al. Is the use of videotape recording superior to verbal feedback alone in the teaching of clinical skills. BMC Public Health 2009;9:474.
15. Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. Patient Educ Couns 2014;97:59-66.
16. Hammoud MM, Morgan HK, Edwards ME, Lyon JA, White C. Is video review of patient encounters an effective tool for medical student learning? A review of the literature. Adv Med Educ Pract 2012;3:19-30.
17. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J Clin Res Ed 1986;292:1573-6.
18. Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in realtime consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. Postgrad Med J 2016;92:431-5.
19. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe: Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. Can Fam Physician 2011;47:2494-9
20. Armangau C. Opinons d'internes en médecine générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. Thèse de médecine : Université de Nice, 2011.
21. Pailhe E. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication : enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse de médecine : Université de Grenoble, 2012.

22. Roua S. Utilisation de la vidéo dans la formation à la communication des internes de médecine générale en stage de niveau I chez le praticien : étude de faisabilité en Champagne Ardenne. Thèse de médecine : Université de Reims Champagne-Ardenne, 2014.
23. Houdousse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2014.
24. Dejongh N. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale Enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2014.
25. Dumangel L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale Enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2014.
26. Rouland P. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2016.
27. Touati.Y. Mise en œuvre d'une Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en Situation Authentique de Soins : étude SENSAS. Thèse de médecine : Université de Paris Est Créteil, 2019.
28. Bundhoo.C. Mise en œuvre d'une Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) en Situation Authentique de Soins (étude SENSAS) : enquête qualitative auprès des maîtres de stage des Universités sur la faisabilité et l'intérêt perçus de la SODEV. Thèse de médecine : Université de Paris Est Créteil, 2019.
29. Letellier M. La SODEV en stage de premier niveau : étude qualitative avec retour d'expérience auprès des MSU et des internes. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2020.
30.https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/michele_lieurade/Congres%20CNGE%202016%20Minutes%20atelier%20SODEV.pdf?fbclid=IwAR3_i6qQDmxON-liPrqHrQdX7xryEG13nOwoPbzQgAbUmkOnEsxYrpang_8
31. Chauvin B. Expérimentation de la supervision vidéo au DMG de Rouen : cadre légal et pratique. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2018.
32. Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, Melgar T, Speece M, Schubiner H, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicinepediatrics residents. Acad Med 1996;71:744-8.
33. Saba GW. Live supervision: lessons learned from behind the mirror. Acad Med 1999;74:856-8.
34. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it-a focus-group based qualitative study. BMC Med Educ 2005;5:28.
35. Lépine JP, Gasquet V, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale 2005 ;31:182-94.
36. Paul S, Dawson KP, Lanphear JH, Cheema MY. Video recording feedback : a feasible and effective approach to teaching history taking and physical examination skills in undergraduate paediatric medicine. Med Educ 1998;32:332-6.
37. Lambelet D. « Image, dis-moi… » ou la formation à l'aide de la vidéo. Revue des sciences de l'éducation 1990;16:405-14.
38. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? exercer 2012;100:31-2.
39. Howard B, Beckman H-B, Richard M, Frankel R-M. The use of videotape in internal medicine training. Journal of General Internal Medicine 1994;9:517-21.

ANNEXE

SODEV EN STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) est basée sur l'observation et l'analyse d'une consultation réelle filmée. L'interne réalise seul une consultation qui est filmée, puis une séance de rétroaction avec analyse de l'enregistrement vidéo est effectuée par l'interne et un maître de stage universitaire. L'enregistrement est ensuite supprimé.

La SODEV est une méthode pédagogique permettant l'amélioration des habilités communicationnelles. Elle semble aussi être utile pour l'amélioration des autres compétences du DES de médecine générale.
Elle est utilisée depuis de nombreuses années à l'international, mais elle est très peu développée en France.

L'objectif de ma thèse est d'identifier auprès des internes de médecine générale niçois les facteurs favorisant et limitant la mise en place de la SODEV en stage chez le médecin généraliste (stage de niveau 1 et SASPAS).

Pour m'aider à répondre à cet objectif, j'ai réalisé le questionnaire ci-dessous.
Il est anonyme et prend moins de 10 minutes à être rempli.

Je vous remercie de votre participation.

Vous êtes ?
- Un homme ☐
- Une femme ☐

Vous êtes actuellement ?
- Interne en 1er semestre ☐
- Interne en 2ème semestre ☐
- Interne en 3ème semestre ☐
- Interne en 4ème semestre ☐
- Interne en 5ème semestre ☐
- Interne en 6ème semestre ☐

Vous effectuez ou vous avez déjà effectué votre stage chez le médecin généraliste de niveau 1 ?
- Oui ☐
- Non ☐

Vous effectuez ou vous avez déjà effectué votre SASPAS ?
- Oui ☐
- Non ☐

Quel degré d'importance accordez-vous à l'amélioration de la compétence « Relation, Communication, Approche centrée patient » au cours de votre internat ?

- Très important ☐
- Plutôt important ☐
- Plutôt pas important ☐
- Non important ☐

Avez-vous déjà entendu parler de la SODEV avant la lecture de ce questionnaire ?

- Oui ☐
- Non ☐

Avez-vous déjà pratiqué la SODEV au cours de votre internat ?

- Oui ☐
- Non ☐

Appréhendez-vous de réaliser une consultation filmée ?

- Oui ☐
- Non ☐

Selon vous, un climat de confiance libre de tout jugement entre vous et le MSU est-il nécessaire pour la méthode SODEV ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne sais pas ☐

Préférez-vous réaliser la séance de rétroaction avec l'un de vos maîtres de stage ou avec un maître de stage que vous ne connaissez pas ?

- Un de mes maîtres de stage ☐
- Un maître de stage que je ne connais pas ☐
- Absence de préférence ☐
- Ne sais pas ☐

Êtes-vous gêné(e) si, à visée pédagogique, l'enregistrement vidéo de votre consultation est diffusé devant :

- D'autres internes
  - Oui ☐
  - Non ☐
- D'autres enseignants
  - Oui ☐
  - Non ☐

Pour vous, est-il rassurant, avant de réaliser votre première SODEV, d'observer un enregistrement vidéo d'une consultation effectuée par votre maître de stage, puis de réaliser ensemble la séance de rétroaction (inversion des rôles supervisé-superviseur) ?

- Très rassurant ☐
- Rassurant ☐
- Peu rassurant ☐
- Non rassurant ☐

Pour votre première SODEV, vous préférez réaliser une consultation filmée avec :

- Un patient choisi par votre maître de stage ☐
- Un patient choisi au hasard. Par exemple, le 1er patient consultant l'après-midi ☐
- Un patient que vous connaissez déjà car déjà vu lors de consultations précédentes dans le cadre de son suivi ☐
- Un patient que vous avez déjà vu lors d'une consultation précédente et qui vous a posé un problème ☐
- Absence de préférence ☐

Pour votre première SODEV, appréhendez-vous de réaliser une consultation dans laquelle vous pouvez être confronté(e) à :

- Des difficultés médicales ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Des difficultés relationnelles avec le patient ?
  - Oui ☐
  - Non ☐

Vous semble-t-il embarrassant ou contraignant, au début de votre consultation, de devoir informer vous-même le patient sur le principe de la SODEV et de recueillir son consentement ?

- Oui ☐
- Non ☐

Pour quelles raisons, vous semble-t-il embarrassant ou contraignant de devoir informer vous-même le patient sur le principe de la SODEV et de recueillir son consentement ?

- Ajout d'une charge de travail supplémentaire ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Prise de temps sur la durée de votre consultation ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Sentiment de redevance vis-à-vis du patient s'il accepte l'enregistrement vidéo ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Prise de risque d'être confronté à une réticence ou un refus du patient dès le début de votre consultation ?
  - Oui ☐
  - Non ☐

Préciser s'il existe d'autres raisons

Pensez-vous que la présence de la caméra puisse impacter votre communication verbale et non verbale lors de la consultation ?

- Très probablement ☐
- Probablement ☐
- Peu probable ☐
- Non probable ☐

Selon vous, quelles seraient les répercussions de la présence de la caméra sur votre communication verbale et non verbale ? *(Une ou plusieurs réponses possible)*

- Perte de spontanéité ☐
- Perte d'aisance ☐
- Désir de perfection ☐
- Stress ☐
- Aucune de ces propositions ☐

Préciser les autres répercussions éventuelles de la présence de la caméra sur votre communication verbale et non verbale ?

Pensez-vous que la répétition des séances de SODEV permettra de diminuer progressivement l'impact de la caméra sur vous ?

- Oui ☐
- Non ☐

Pensez-vous que votre personnalité soit incompatible avec la SODEV ?

- Oui ☐
- Non ☐

Appréhendez-vous de vous voir et de vous entendre lors de la visualisation de la vidéo ?

- Oui ☐
- Non ☐

Redoutez-vous de visualiser par l'intermédiaire de la vidéo, l'image que vous renvoyez de vous-même ?

- Oui ☐
- Non ☐

Acceptez-vous plus facilement la SODEV si vous avez la possibilité de visualiser seul(e) vos premières vidéos afin de vous habituer à votre auto-analyse ?

- Oui ☐
- Non ☐

Selon vous, combien de consultations filmées vous faudrait-il ?

- 1 consultation ☐
- 2 à 5 consultations ☐
- 6 à 10 consultations ☐
- >10 consultations ☐
- Ne sais pas ☐

Appréhendez-vous la SODEV par peur de ne pas être à la hauteur :

- De vos propres attentes ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Des attentes du maître de stage ?
  - Oui ☐
  - Non ☐

Appréhendez-vous l'analyse du maître de stage sur :

- Vos connaissances médicales ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Vos habiletés communicationnelles et relationnelles ?
  - Oui ☐
  - Non ☐

Pensez-vous que cette appréhension soit majorée en SODEV par rapport aux supervisions classiques :

- Par rapport à la supervision directe avec présence du maître de stage lors de la consultation ?
  - Oui ☐
  - Non ☐
- Par rapport à la supervision indirecte ?
  - Oui ☐
  - Non ☐

Selon vous, la présence de la caméra est-elle moins ou plus intrusive dans votre consultation que la présence du maître de stage à vos côtés ?

- Moins intrusive ☐
- Plus intrusive ☐
- Similaire ☐

Selon vous, lors du stage chez le médecin généraliste de niveau 1, il est plus judicieux :

- De réaliser la première SODEV au début du stage (1er - 2ème mois) ☐
- De réaliser la première SODEV au milieu du stage (3ème - 4ème mois) ☐
- De réaliser la première SODEV à la fin du stage (5ème - 6ème mois) ☐

Selon vous, en SASPAS, il est plus judicieux :

- De réaliser la première SODEV au début du stage (1er - 2ème mois) ☐
- De réaliser la première SODEV au milieu du stage (3ème - 4ème mois) ☐
- De réaliser la première SODEV à la fin du stage (5ème - 6ème mois) ☐

Redoutez-vous que la SODEV devienne une évaluation validante pour l'obtention de votre DES de médecine générale ?

- Oui ☐
- Non ☐
- Ne sais pas ☐

Pour vous, la visualisation de la consultation permet une prise de conscience de des points forts et de des points faibles dans : *(Une ou plusieurs réponses possible)*

- Mes habiletés communicationnelles au niveau verbal ☐
- Mes habiletés communicationnelles au niveau non verbal (posture, gestes, expressions du visage …) ☐
- Mes habiletés relationnelles avec le patient ☐
- Ma démarche diagnostique ☐
- Ma démarche décisionnelle ☐

Selon vous, la séance de rétroaction avec visionnage de l'enregistrement vidéo et l'analyse du maître de stage permet : *(Une ou plusieurs réponses possible)*

- Une meilleure réception par l'interne de l'analyse du maître de stage ☐
- Une participation plus active de l'interne sur l'analyse de sa consultation ☐
- Une analyse plus approfondie du maître de stage sur la consultation ☐
- L'amélioration de la collaboration interne-maître de stage en renforçant la relation d'échange et en en créant un climat de confiance ☐

Selon vous, la SODEV est une méthode d'apprentissage : *(Une ou plusieurs réponses possible)*

- Attractive car innovante et diversifiante ☐
- Suscitant une démarche réflexive sur son savoir-être et savoir-faire ☐
- Permettant une acquisition rapide des compétences travaillées ☐
- Permettant une acquisition durable des compétences travaillées ☐
- Permettant une autonomisation ☐
- Permettant une prise de confiance en soi en visualisant les points forts de sa consultation
- Permettant une prise de confiance en soi en visualisant la progression effectuée au cours du stage ☐
- Permettant de se fixer des objectifs d'amélioration grâce à la visualisation puis à l'analyse de la consultation ☐

En quelques mots, donnez votre avis général sur la SODEV et ce qui vous semble nécessaire pour qu'elle soit efficace et bénéfique pour votre formation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.
Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.
Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »