

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2014

Thèse n°

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 16 décembre 2014 à Poitiers
par **Nicolas de JONGH**

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

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres : Monsieur le Professeur ROBLOT Pascal
Madame le Professeur MIGEOT Virginie
Monsieur le Docteur AUDIER Pascal

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur AUDIER Pascal



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUOJA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**urnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**urnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédiopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUELO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédiopsychiatrie (**urnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

« Ce que nous n'avons pas eu à déchiffrer, à éclaircir par notre effort personnel, ce qui était clair avant nous, n'est pas à nous. Ne vient de nous même que ce que nous tirons de l'obscurité qui est en nous et que ne connaissent pas les autres. »

Extrait du temps retrouvé, tome 2, Marcel Proust.

REMERCIEMENTS

À notre président de thèse,

Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,

Pour l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse. Pour l'intérêt que vous avez su éveiller chez nous pour l'enseignement de la médecine générale et de ses nombreuses subtilités. Nous vous exprimons tous nos remerciements et notre respect.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pascal Audier,

Pour avoir accepté de diriger ces trois thèses. Pour votre aide tout au long de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre considération et de notre gratitude.

À nos membres du Jury,

Monsieur le Professeur Pascal Roblot,

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail. Pour l'intérêt que vous portez à la pédagogie et à la médecine générale.

Veuillez accepter nos vifs remerciements.

Madame de Professeur Virginie Migeot,

Pour avoir acceptée sans réserve de juger ce travail. Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veuillez accepter nos vifs remerciements.

À ma famille,

Lili, mon épouse, pour inspirer ma vie et pour ton amour. Pour ton soutien dans ce travail et au quotidien. Tu illumine, plus que jamais, mes jours. Je t'aime !

Mes parents, pour votre amour et votre soutien inconditionnel. Pour m'avoir toujours épaulé et permis d'accomplir mes rêves. Carpe Diem !

Ma sœur, et sa petite famille, pour ton amour et ton soutien sans faille. Pour m'avoir hébergé lors des stages loin de la maison et supporté les parties de consoles avec ton époux !

Mes beaux parents, va multumesc pentru dragostea si sustinerea voastra. Multa fericire!

Mon Beau frère, et sa petite famille (surtout la plus petite !) pour votre présence à nos côtés. Tsiom tsiom !

A tous mes amis, présents, passés ou à venir, médecins ou non, pour les moments passés ensemble, pour leur soutien, leur fidélité. Pour leur aide dans les moments de peine et leur partage dans les moments de joie.

A mes Co-thésards et amis, qui ont acceptés de me suivre dans ce travail original, j'espère surtout pour le meilleur !

Aux médecins et internes qui ont répondu présents pour participer à ce travail, donnés de leurs temps et affrontés leurs appréhensions au service de cette noble cause qu'est le progrès de notre formation.

A celles, enfin, qui sont parties trop tôt...

LISTE DES ABREVIATIONS

ALOA: Agenda Led Outcome Based Analysis

CAQCAS: Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software

CDOM: Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DMG : Département de Médecine Générale

ECA-MSU :... Enseignant Clinicien Ambulatoire-Maître de Stage Universitaire

ECOS :..... Examen Clinique Objectif Structuré

OSCE :..... Objective Structured Clinical Examination

SASPAS :.... Stage Ambulatoire en Soins Primaire et en Autonomie Supervisée

SODEV :..... Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

Table des matières

1 INTRODUCTION	1
1.1 Etat des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient	1
1.1.1 La relation médecin/patient.....	1
1.1.2 La formation à la communication	2
1.2 Utilise-t-on ces outils en France ?	7
1.2.1 Concernant la SODEV	7
1.2.2 Concernant la grille de Calgary Cambridge	7
1.2.3 Concernant ALOBA	8
1.3 Nos objectifs dans ce contexte.....	8
1.3.1 Que proposons-nous?	8
1.3.2 Objectif principal	10
1.3.3 Travaux parallèles.....	10
2 MATERIELS ET METHODES	11
2.1 Population sélectionnée.....	11
2.2 Le lieu de l'étude	12
2.3 Matériel	12
2.3.1 Le matériel vidéo	12
2.3.2 La grille d'auto et d'hétéro-évaluation.....	15
2.3.3 Le protocole d'enregistrement.....	16
2.3.4 Grille d'entretiens semi-directifs.....	18
2.4 Méthode choisie pour l'analyse des entretiens	18
2.4.1 Généralités	18
2.4.2 Analyse de contenu	19
2.4.3 Codage semi-ouvert et par unité syntaxique	20
2.4.4 Méthode d'analyse.....	22
2.4.5 Logiciel utilisé	24
2.4.6 Qualité de l'étude	24

2.5 Méthodologie de la recherche bibliographique.....	24
2.5.1 La communication en santé	24
2.5.2 La supervision	24
2.5.3 La SODEV	25
2.5.4 Les guides et grilles d’entretiens	25
2.5.5 ALOBA.....	25
2.6 Considérations éthiques.....	25
2.6.1 Consentement des patients	25
2.6.2 Consentement des internes	26
2.6.3 Consentement Maître de Stage Universitaire.....	26
2.6.4 Consentement Conseil de l’Ordre Des Médecins.....	26
3 RESULTATS.....	27
3.1 Données générales	27
3.1.1 Données sur la population étudiée	27
3.1.2 Données sur les résultats	29
3.2 Analyse des résultats.....	30
3.2.1 Apports de l’outil pour la supervision	30
3.2.2 Apports liés à l’utilisation de la vidéo.....	36
3.2.3 Apports liés à l’utilisation de la grille de lecture	45
3.2.4 Réflexions autour de l’outil dans sa globalité	48
4 DISCUSSION	54
4.1 Sur nos résultats	54
4.1.1 Les axes forts du travail	54
4.1.2 Sur la supervision vidéo.....	55
4.1.3 Sur les obstacles à l’utilisation de l’outil	60
4.2 Sur notre travail.....	64
4.2.1 Le choix d’une maison de santé	64
4.2.2 Le choix d’un travail qualitatif	65

4.2.3 Biais et limites du travail	66
4.3 Propositions suite à notre travail	68
4.3.1 Sur les améliorations de l'outil.....	68
4.3.2 Sur l'utilisation de l'outil.....	69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71
ANNEXES.....	75
Annexe 1 : Principes directeurs de ALOBA.....	75
Annexe 2 : Poster présenté au congrès du CNGE de Bordeaux - 2011.....	76
Annexe 3 : abstract, congrès du CNGE de Bordeaux - 2011.....	77
Annexe 4 : Tutoriel enregistrement vidéo.	78
Annexe 5 : Tutoriel visionnage des enregistrements.....	80
Annexe 6 : Extrait de la grille de Calgary-Cambridge pour les ECA-MSU.....	82
Annexe 7 : Protocole des enregistrements.....	85
Annexe 8 : Grille des entretiens semi-directifs avec les ECA-MSU.	86
Annexe 9 : Formulaire de consentement des patients.	87
Annexe 10 : Formulaire de consentement des internes.....	88
Annexe 11 : Formulaire de consentement des ECA-MSU.....	89
VERBATIM.....	90
Verbatim ECA-MSU 1.....	90
Verbatim ECA-MSU 2.....	101
Verbatim ECA-MSU 3.....	112
Verbatim ECA-MSU 4.....	122
RESUME	135
SERMENT D'HIPPOCRATE	136

1 INTRODUCTION

1.1 Etat des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient

1.1.1 La relation médecin/patient

1.1.1.1 L'évolution de la relation médecin patient au XXe siècle

Durant le XXe siècle, la relation médecin-patient a progressivement abandonnée son modèle paternaliste. En 1951 Rogers pose les bases d'une thérapie centrée sur la personne, et introduit le principe d'empathie dans les soins.(1) En 1957 Balint propose de recentrer l'approche médicale de la maladie vers la personne.(2)

Les différentes études menées durant la seconde moitié du XXe siècle ont abouti au concept d'approche centrée sur la personne(3) confirmant l'importance des compétences relationnelles du praticien dans la relation médecin-patient. Ces progrès ont abouti à la création de guides d'entretien, décrivant les aptitudes communicationnelles à développer durant l'entrevue médicale.(4,5)

Depuis 2004 puis la loi HPST en 2009, le patient devient officiellement acteur de sa prise en charge par la promotion du concept de consentement éclairé.(6)

1.1.1.2 Le contexte actuel

La qualité de la relation médecin-patient permet d'améliorer la qualité des soins sur de nombreux plans(7–9) : l'observance l'efficacité du traitement(tant sur des pathologies aiguës que chroniques), la qualité de vie du patient, la satisfaction du patient et du médecin et la diminution de l'anxiété du patient à travers sa participation aux décisions médicales et l'amélioration de sa santé en général.

Les compétences relationnelles font parties du référentiel métier du médecin généraliste. Elles sont bien identifiées, et peuvent être enseignées.(10,11) Leur enseignement est au cœur des préoccupations des facultés de médecine françaises.(12–14)

1.1.2 La formation à la communication

1.1.2.1 La formation aux compétences relationnelles

La formation aux compétences relationnelles lors des études de médecine repose sur différents outils. Communément on retrouve une base théorique (cours, séminaires) s’associant à une mise en pratique sur le lieu de stage censée permettre le transfert de compétence de l’enseignant Clinicien Ambulatoire-Maître de Stage des Universités (ECA-MSU) vers l’étudiant lors d’une supervision, encadrée par certaines règles.(15)

1.1.2.2 La supervision

Pour l’Université d’Ottawa, la supervision clinique consiste en une relation interpersonnelle soutenue, dans laquelle une personne est désignée pour faciliter le développement des compétences cliniques de l’autre personne.(16)

Il s’agit d’un processus de soutien professionnel et d’apprentissage offert par un clinicien d’expérience, lequel permet au stagiaire de développer les connaissances et les compétences cliniques de sa profession, en plus d’apprendre à assumer les responsabilités professionnelles inhérentes à sa pratique.(17)

La supervision trouve son sens par la rétroaction (ou feed-back), (18)qui est la communication d’informations à un apprenant dans l’intention de réduire l’écart entre la performance observée et celle qui est souhaitée.(19) Cette rétroaction se doit, pour être formative, de respecter certaines règles comme l’absence totale de jugement : seule l’information est transmise.(20,21)

Il existe deux types de supervision. Elle peut être directe.(22) Le maître de stage est alors présent physiquement, ou bien assiste à l'entretien via une glace sans tain ou bien un enregistrement vidéo. On parle alors de Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo. (SODEV)

La supervision peut également être indirecte.(22) Le matériel utilisé pour la rétroaction est le récit de la consultation fait par l'étudiant (données médicales, ressenti etc.) Cette méthode est valable pour valider la démarche thérapeutique. Les compétences relationnelles seront en revanche difficilement évaluées, et les scotomes de l'étudiant seront inaccessibles. Les limites de la supervision indirecte ont été récemment étudiées.(23)

Durant l'internat de médecine générale en France, lors des stages ambulatoires, la supervision directe est majoritairement utilisée au cours des stages de niveau 1 effectués dans les deux premières années d'internat. La supervision indirecte est plutôt utilisée lors des Stages Ambulatoires en Soins Primaire et en Autonomie Supervisée (SASPAS) effectués en dernière année d'internat.(23)

1.1.2.3 La SODEV

1.1.2.3.1 La SODEV au niveau international

La SODEV est utilisée depuis plus de 40 ans.(24,25) L'essentiel de la bibliographie retrouvée est d'origine canadienne, où la SODEV fait partie intégrante de la formation des internes à la relation médecin-patient.(26)

Le déroulement des supervisions vidéo au sein des structures canadiennes est très encadré. Habituellement, après une période de jeux de rôles, les internes canadiens sont amenés à utiliser la SODEV lors de séries consultations en autonomie, avec de vrais patients ou des acteurs. Une rétroaction est donnée par le maître de stage autour de l'enregistrement qui peut alors servir de support

pédagogique.(27) Ces séances de SODEV sont réalisées dans des salles spécialement aménagées et destinées à cet usage.

Il s'agit d'un outil intéressant pour l'apprentissage des compétences relationnelles, dont l'efficacité est durable(28) et a été démontrée de longue date.(29) Il peut s'agir d'un outil purement pédagogique(26) ou bien validant par exemple dans le cadre d'Examen Clinique Objectif Structuré(ECOS).(30)

C'est le seul outil qui permette à l'interne de revoir sa propre consultation, ouvrant des perspectives pédagogiques uniques, reconnues pas les internes et les formateurs.(31,32) C'est également un outil peu intrusif dans la consultation. On sait notamment que la présence d'un tiers lors de l'entretien en modifie profondément le déroulement. Ainsi Balint dit : « *La présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère.* »(33)

L'utilisation d'un matériel vidéo lors des consultations expose à certains obstacles. L'anxiété de performance et la perception de l'image de soi par les internes sont les principales difficultés citées dans la littérature. Elles ont été bien étudiées et ne sont pas un obstacle.(32) Les progrès technologiques des dernières années ont par ailleurs permis de réduire l'encombrement et le coût des installations nécessaires, et d'en simplifier l'usage.

Sur un plan éthique, les publications anglo-saxonnes et francophones mentionnent systématiquement l'information et le consentement écrit du patient. La partie du bureau de consultation où s'effectue l'examen médical n'est jamais dans le champ de la caméra.

1.1.2.3.2 La SODEV en France

La bibliographie française sur la SODEV est tellement restreinte que nous pouvons détailler ici les principaux travaux, qui servent de base à notre travail.

W. Durieux faisait en 1998 au sein d'un travail plus large sur la supervision l'état des lieux de l'utilisation de cet outil au Québec.(27) Il soulignait l'intérêt de cet outil dans l'enseignement prodigué aux internes.

M. Vidal(et Al) évoquait en 2002 au sein d'un article recensant les outils pédagogiques disponibles l'intérêt de la SODEV.(22)

Cet intérêt pour la SODEV est confirmé au cours d'une thèse récente portant sur les limites de la supervision directe chez les internes en SASPAS :(23) E. Pailhe, en 2012, étudiait qualitativement auprès d'ECA-MSU les avantages et inconvénients de l'utilisation de la SODEV dans la formation des internes à la communication. La SODEV était alors utilisée sans guide d'entretien.(34)

Ce travail mettait en relief la spécificité de cet outil et son intérêt dans la formation à la communication des internes. Il montrait aussi des difficultés pouvant compromettre son utilisation régulière. (Problème de qualité des enregistrements, contrainte de temps lié à la durée des débriefings, absence de formation spécifique des ECA-MSU)

Un travail préparatoire à cette étude nous a permis de mettre en place et de tester sur le terrain une salle de consultation équipée pour une utilisation en SODEV et a été présenté au congrès du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) de Bordeaux en 2011.(35) Ce travail a permis de contourner les contraintes techniques d'utilisation (problème de qualité de la bande sonore, difficultés de mise en œuvre par un personnel peu formé) et de s'assurer d'une bonne acceptabilité par les patients.

1.1.2.4 Les guides d'entretien

De nombreux guides d'entretiens décrivent les compétences à mobiliser au cours des différentes étapes de l'entrevue médicale.(36,37) Leur rôle est

d'améliorer les processus de communications au cours des différentes étapes de l'entrevue médicale.

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés au guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale, s'agissant d'un guide répandu et validé en France comme au Canada.(38,39) Cet outil est régulièrement utilisé pour guider la rétroaction des maîtres de stages et l'auto-évaluation des étudiants, tout au long de l'internat de médecine générale.

Il est fait mention dans la littérature d'une utilisation conjointe du guide Calgary-Cambridge et de la SODEV pour améliorer la qualité de l'autoévaluation de l'interne.(14)

1.1.2.5 Les grilles d'analyse des entrevues médicales

Des grilles d'analyse peuvent être utilisées afin d'aider à l'évaluation des compétences relationnelles. Ces grilles peuvent être créées de toute pièce,(40) ou bien issues de guides d'entretiens déjà validés. Ainsi, on retrouve de nombreuses versions du guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale rédigées sous formes de grille d'évaluation des compétences.(41) Cette présentation permet à l'interne ou au superviseur d'analyser les compétences sur des portions concrètes de l'entretien.

En France, les grilles d'évaluations des compétences relationnelles sont souvent utilisées lors des supervisions indirectes.(42)

1.1.2.6 Agenda Led Outcome Based Analysis (ALOPA)

1.1.2.6.1 ALOBA au niveau international

La méthode ALOBA est une stratégie d'analyse et de rétroaction centrée sur les besoins (« agenda ») exprimés par l'apprenant et sur les résultats (« outcomes ») qu'il vise durant les différents moments de l'entrevue.(21)

Dans le cadre d'une supervision, le MSU organisera donc son travail autour des besoins de l'interne qu'il aura au préalable identifié, et des résultats

recherchés par ce dernier. Sa rétroaction sera descriptive (absence de jugement), bienveillante et équilibrée (entre le positif et le négatif constatés). Il fera des propositions plutôt que des prescriptions pour susciter le changement. Les principes directeurs d'ALOA sont décrits dans l'annexe 1.

Cette méthode est essentiellement utilisée dans les pays anglo-saxons, lors des activités de formation communicationnelle.

1.1.2.6.2 ALOA en France

Bien qu'il s'agisse d'un outil très prometteur, sa diffusion reste peu étendue en France, comme le prouve l'absence de bibliographie francophone sur le sujet dans les bases de données explorées (pubmed, google Scholar, Cismef).

Il existe tout de même au cours de séminaires spécialisés des formations à cette technique qui semble se développer progressivement.(43)

1.2 Utilise-t-on ces outils en France ?

1.2.1 Concernant la SODEV

La SODEV n'est utilisée qu'exceptionnellement en France. Très peu d'ECA-MSU sont formés à l'usage de cet outil. Nous n'avons connaissance d'aucune publication faisant état d'une utilisation régulière au sein d'une faculté de médecine française.

Les obstacles rapportés dans la littérature française sont essentiellement liés aux contraintes techniques ou au caractère chronophage de son utilisation. Sont également évoqué le manque de formation spécifique et la nécessité d'une aide au débriefing, éventuellement sous forme d'une grille d'entretien.(34)

1.2.2 Concernant la grille de Calgary Cambridge

Le guide Calgary-Cambridge est régulièrement utilisé et validé en France, le plus souvent sous forme de grille d'évaluation des compétences relationnelles, dans une logique d'évaluation formative.

Il n'a à notre connaissance jamais été évalué en association à la SODEV. L'utilisation conjointe de ces deux outils n'est pas encore répandue même au Canada, bien que cette association soit décrite comme très productive pour l'enseignement.(14) Nous pensons que sous cette forme il pourrait guider le maître de stage dans l'exercice de la supervision vidéo. Son intérêt pour renforcer la pertinence de l'auto-évaluation de l'interne est par ailleurs souligné : l'association SODEV – Grille de Calgary Cambridge permet de mieux cibler les difficultés et objectifs de formation.

1.2.3 Concernant ALOBA

La démarche ALOBA est peu utilisée en France et peu d'ECA-MSU y sont formés. Son caractère innovant et son efficacité résident dans la participation de l'interne à la démarche d'analyse de ses difficultés.

En permettant à l'interne et à l'ECA-MSU d'avoir un outil commun (la grille de Calgary-Cambridge) et une vision commune (la SODEV permet une auto-évaluation en supervision directe), nous pensons placer l'interne et l'ECA-MSU dans une situation facilitatrice pour une démarche de type ALOBA. L'interne pourrait alors mieux identifier ses difficultés et de se donner des objectifs de progression.

1.3 Nos objectifs dans ce contexte

1.3.1 Que proposons-nous?

Nous voyons que l'enseignement des compétences relationnelles est indispensable à une formation de qualité dans le cadre des études de médecine générale. Dans cette optique, la SODEV et la démarche ALOBA sont des partenaires précieux pour améliorer la qualité de l'enseignement dans ce domaine.

Nous souhaitons donc proposer un nouvel outil pédagogique bénéficiant de ces acquis. En associant SODEV, guide d'entretien de Calgary-Cambridge et

démarche type ALOBA, nous proposons une réponse à la problématique actuelle du manque d'outil dans le domaine de l'enseignement des compétences communicationnelles en France.

La SODEV est un outil validé et prometteur. Elle apporte des données spécifiques à la supervision. Elle n'est pas utilisée en France, en partie du fait des contraintes liées à son utilisation. Notre travail réalisé en amont de cette étude ayant permis de lever les contraintes techniques liés à la SODEV, il est important de pouvoir mettre entre les mains des ECA-MSU des outils permettant de généraliser l'utilisation de la supervision vidéo en France.

Le guide d'entretien de Calgary-Cambridge est une référence utilisée quotidiennement en France, mais rarement simultanément à la SODEV. Cette association peut aider les ECA-MSU dans leur supervision, et les internes dans leur auto-évaluation.

L'utilisation de la méthode ALOBA reste marginale en France. Coupler cette méthode à la SODEV paraît prometteur dans l'objectif d'améliorer l'efficacité de la rétroaction. Basée sur le non-jugement, utiliser ALOBA pourrait aussi limiter les appréhensions des internes face à la vidéo. En l'absence de formation des ECA-MSU à la démarche ALOBA actuellement, nous proposons une alternative simpliste permettant à l'interne d'avoir un rôle plus actif dans la supervision.

Nous pensons apporter ainsi aux ECA-MSU et internes de médecine générale un outil simple d'utilisation. Cet outil permettrait, sans formation préalable, de bénéficier des dernières innovations en matière de formation communicationnelle que représentent la supervision vidéo et la démarche ALOBA.

1.3.2 Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est de montrer que notre outil permet d'améliorer la qualité de la rétroaction du point de vue de l'ECA-MSU.

1.3.3 Travaux parallèles

Cette thèse est associée à deux autres travaux. En parallèle à cette étude, seront explorés le point de vue des internes ayant utilisés l'outil :

- Sur l'intérêt préalable d'une auto-évaluation par l'interne seul.(44)
- Sur son intérêt pour améliorer la qualité de la rétroaction de l'ECA-MSU.(45)

2 MATERIELS ET METHODES

L'objectif commun de notre étude est l'amélioration des compétences relationnelles verbales et non verbales chez l'interne de médecine générale.

L'objectif principal de cette thèse est de savoir si la réalisation d'une SODEV avec l'aide de la grille de Calgary en auto puis en hétéro-évaluation permet d'améliorer la qualité de la rétroaction du point de vue de l'ECA-MSU.

2.1 Population sélectionnée

Il s'agissait d'ECA-MSU exerçant à la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre (Charente) et accueillant des internes de médecine générale pour des stages ambulatoire de niveau 1 ou 2 (SASPAS) entre novembre 2013 et octobre 2014.

Tous les ECA-MSU satisfaisant à ces critères étaient conviés à participer à l'étude. Il n'y avait pas de critères de non-inclusion particuliers hormis leur refus à la participation.

Les internes de niveau 1 débutaient leurs enregistrements plutôt en deuxième moitié de stage. Il fallait qu'ils aient acquis suffisamment d'expérience et d'autonomie pour pouvoir consulter seul avant de débiter les enregistrements.

Les internes de niveau 2, pouvaient entrer dans l'étude à tout moment. En effet, comme il s'agissait d'un 2e stage chez le médecin généraliste, l'interne était très vite autonome et consultait seul une fois passés les premiers jours.

La taille de la population a été établie par le nombre d'ECA-MSU accueillant des internes durant cette période. L'échantillon s'est effectué en fonction de l'accord des ECA-MSU.

Il s'agit d'une thèse qualitative, portant sur la communication entre l'interne en formation et le patient. Aucun nombre d'entretiens minimum n'était à réaliser, le but étant plutôt d'arriver à saturation des données. Il était convenu de stopper le recrutement des ECA-MSU à saturation des données, où bien une fois tous les effectifs disponibles recrutés.

2.2 Le lieu de l'étude

Il a été choisi de réaliser l'étude au sein de la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre, en Charente. Ce choix était dicté par des impératifs techniques (nécessité d'un bureau de consultation réservé aux internes pouvant être équipé pour la SODEV). Le nombre d'ECA-MSU exerçant au sein de cette structure était également un atout pour favoriser l'inclusion d'un maximum de participants. Enfin, les maisons de santé ont souvent un rôle de formation et d'innovation permettant de valoriser l'outil.

2.3 Matériel

2.3.1 Le matériel vidéo

Le matériel vidéo, à savoir une caméra, un enregistreur, deux micros et une télévision étaient installés dans le cabinet de consultation des internes, de la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre. Ce matériel a été fourni par le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine de Poitiers. Le coût du matériel a été de 2121 euros.

Nous avons effectué l'installation du matériel vidéo avant l'étude. Cela permettait de simplifier l'utilisation de ce matériel pour la suite de l'étude.

La caméra était orientée de telle façon, que seul l'entretien entre le patient et l'interne était visible. Aucune caméra n'était orientée vers le lieu d'examen. De plus, l'orientation permettait de visualiser simultanément les comportements

non verbaux de l'interne ainsi que ceux du patient, (vus de profils) ce qui permettait une analyse plus complète. (Fig. 1 et 2)



Figure 1 : capture d'écran lors d'une supervision vidéo test. On peut voir au milieu de l'image le micro du bureau.



Figure 2 : photo du matériel en fonctionnement. A gauche, enregistreur numérique et table de mixage. A droite, écran. Cette image ne montre pas les hauts parleurs situés de part et d'autre de l'installation.

Nous avons installés deux micros différents, l'un au niveau du bureau de consultation (Fig. 1) et l'autre proche de la table d'examen, afin de pouvoir

enregistrer la discussion tout au long de la consultation médicale y compris lors de l'examen clinique. L'ensemble de la consultation pouvait donc être analysé lors du visionnage de la vidéo.

Nous avons réalisé plusieurs enregistrements, avant le début de l'étude afin de pallier aux différents problèmes techniques (orientation de la caméra, qualité de la bande sonore) et d'apprécier la bonne acceptation par les patients.

Ces premiers enregistrements ont donné lieu à la présentation d'un poster (Annexe 2) et d'un abstract (Annexe 3) lors du congrès du CNGE de Bordeaux en 2011. Ce travail en amont, a permis une introduction à l'utilisation de ce type d'outil dans la formation aux compétences relationnelles de l'interne en médecine générale. Cela a également permis de lever certains problèmes techniques, comme la complexité d'utilisation du matériel.

L'interne devait réaliser seul sa consultation, sans la présence de son maître de stage. Au début, de l'entretien, l'interne devait initier la vidéo. Des explications sur le fonctionnement du matériel, lui avaient été données au préalable (Annexe 4). De plus, nous nous tenions à sa disposition si besoin. Une explication détaillée manuscrite sur l'utilisation de la vidéo était à disposition permanente dans la salle de consultation.

A la fin de la consultation, il devait éteindre le matériel. L'enregistrement était sauvegardé automatiquement. Pour le visionnage des vidéos, l'accès informatique était facile. Des explications avaient également été données aux ECA-MSU et un tutoriel était à disposition permanente dans la salle de consultation. (Annexe 5)

2.3.2 La grille d'auto et d'hétéro-évaluation

L'étude portait sur l'intérêt de l'outil pour améliorer la qualité de la rétroaction dans le cadre d'une SODEV. Afin d'analyser les compétences relationnelles de leurs internes, suite à l'enregistrement vidéo, les ECA-MSU devaient évaluer la consultation à l'aide d'une grille (Annexe 6) dont les items ont été présélectionnés à partir de la grille de Calgary Cambridge originale.(38)

Cet exercice était réalisé simultanément par l'interne à l'aide d'une grille équivalente, en auto-évaluation.

Le choix des items a été défini de la manière suivante : la première partie de l'entretien ne pouvait être prise en compte pour des raisons techniques. En effet, la présentation du médecin, s'effectuait avant l'enregistrement. Les autres items ont été choisis parmi les différents grands items de la grille de Calgary. Le but était de donner une vision globale du travail, et de s'attacher à l'intérêt de l'utilisation de la vidéo, notamment dans les comportements non verbaux.

De ce fait, nous avons décidé de conserver au moins un item par partie de la grille de Calgary-Cambridge. Le but était de permettre une analyse de l'ensemble des données de la consultation et non de se focaliser uniquement sur une partie de l'entrevue médicale. Un nombre équivalent d'items verbaux et non verbaux ont été sélectionnés, afin de s'intéresser de manière équivalente à ces deux aspects relationnels.

Le nombre d'items choisis a été limité. Il devait permettre à l'interne de mieux orienter ses objectifs de progression, ainsi que de mieux visualiser ses lacunes. Un nombre limité d'items permettait également de faciliter l'analyse des données. L'évaluation était pondérée via une échelle de Likert à 4 entrées : « pas du tout », « plutôt non », « plutôt oui », « tout à fait », afin d'amener

internes et ECA-MSU à se positionner positivement ou négativement sur l'acquisition d'une compétence et d'éviter le biais neutre.

2.3.3 Le protocole d'enregistrement

Un protocole d'enregistrement des vidéos était prédéfini, avec auto-évaluation puis hétéro-évaluation à l'aide de la grille de Calgary. (Annexe 7) Puis une supervision des consultations filmées était réalisée auprès de l'ECA-MSU.

Chaque interne devait réaliser au moins deux séries de consultations filmées, dont la seconde bénéficiait d'une rétroaction avec le maître de stage.

2.3.3.1 Première série de consultations : interne seul

Les internes devaient prévoir d'enregistrer 4 à 5 consultations afin de pallier à tout problème technique ou à un éventuel refus du patient. Mais seuls les trois premiers enregistrements réussis étaient analysés et utilisés ; les autres étant supprimés le jour même.

La grille d'auto-évaluation, extraite de la grille de Calgary Cambridge, était remise à l'interne à la fin de cette première série d'enregistrements. L'interne devait alors s'auto-évaluer le jour-même à l'aide de la grille au cours du visionnage des vidéos. Les résultats étaient pondérés par l'interne via une échelle de Likert.

Par la suite, l'interne pouvait visualiser l'extrait de la grille de Calgary-Cambridge, à tout moment, aucune consigne n'étant donnée à ce sujet.

Entre chaque série de consultation, il devait exister un intervalle de temps de 3 à 10 jours afin de laisser à l'interne le temps nécessaire pour définir et assimiler ses différents objectifs de progression. Mais l'intervalle devait être

assez court pour éviter certains biais comme par exemple la participation à des enseignements théoriques sur le sujet.

2.3.3.2 Deuxième série de consultations : ajout de la rétroaction

L'interne devait ensuite réaliser une 2e série de consultations selon les mêmes modalités, 3 à 10 jours après la première série. Cette série était, en plus de l'interne, visionnée par son maître de stage.

Après l'enregistrement de la 2e série de consultation, l'interne et son ECA-MSU devaient dans un premier temps évaluer, séparément, ces consultations à l'aide de la grille, dans un délai inférieur à une semaine. (Annexe 6) Aucun ne devait avoir pris connaissance au préalable des évaluations de l'autre.

Une supervision était alors mise en place avec l'interne, 3 à 10 jours après la série de consultation, au cours d'un entretien prévu à cet effet. Aucune restriction de support n'était émise. Chaque groupe interne/ ECA-MSU pouvait donc organiser le déroulement de cet entretien à sa guise.

La supervision devait permettre d'aider l'interne à fixer différents objectifs de progression, et à mieux visualiser ses erreurs.

2.3.3.3 Troisième série de consultations : poursuite rétroaction

L'interne pouvait s'il le souhaitait réaliser une 3e série de consultations, dans un délai de 3 à 10 jours après cette rétroaction.

Afin de faciliter la mise en place du protocole, cette troisième série était facultative. Cela devait permettre d'inclure le maximum de participants en fonction de leurs disponibilités ainsi que de faciliter la gestion des locaux.

Cette troisième série d'entretien était réalisée selon les mêmes modalités que la 2e série à savoir : enregistrement, auto-évaluation, hétéro-évaluation puis supervision. Cela devait permettre d'apprécier les éventuelles modifications de comportement de l'interne entre les séries de consultations, et de fixer de nouveaux objectifs de progression.

A la fin des rétroactions, tous les enregistrements étaient effacés par l'interne, ou par l'un des auteurs de ces thèses en cas d'oubli.

2.3.4 Grille d'entretiens semi-directifs

A la fin de ces séries d'enregistrements et de ces supervisions, un entretien semi-directif était réalisé avec l'ECA-MSU concerné, 1 à 4 semaines après la fin du protocole.

Les entretiens étaient effectués à la maison de santé de Ruelle sur une plage horaire réservée à cet effet. Tous les entretiens ont été effectués par le même interviewer, de manière individuelle, afin de palier à d'éventuels biais. Cet entretien avait pour but d'explorer les ressentis liés à l'utilisation de l'outil : les différentes difficultés, les pistes d'amélioration, les progrès ressentis, l'intérêt de la grille etc. (Annexe 8)

2.4 Méthode choisie pour l'analyse des entretiens

2.4.1 Généralités

Les entretiens semi-directifs étaient intégralement retranscrits par écrit, manuellement. Il était noté « mot à mot » tout ce que disait l'interviewé, sans en

changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation. Ce texte – appelé verbatim – représentait les données brutes de l'enquête.

Parce qu'elles sont composées de mots et d'idées, plutôt que de chiffres, les données qualitatives sont volumineuses et soumises à l'interprétation du chercheur. Elles sont ainsi souvent perçues comme plus difficiles à traiter que les données quantitatives.(46)

Les études qualitatives nécessitent une méthode d'analyse rigoureuse au même titre que les études quantitatives. C'est pourquoi nous avons décidé de détailler dans ce chapitre notre méthode afin de rendre intelligible notre processus d'analyse, condition sine qua none à la reproductibilité et à la juste évaluation de nos travaux de recherche.

Le principe reposait sur une analyse rigoureuse et minutieuse des informations recueillies (verbatim) afin d'en extraire le contenu et les idées.(47,48) Notre démarche reprenait le canevas proposé par Miles et Huberman.(46)

2.4.2 Analyse de contenu

« L'analyse de contenu » est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews.(49) Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à coder les informations recueillies et à les traiter. (fig. 3).

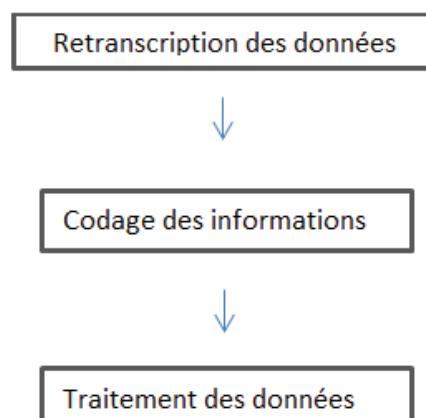


Figure 3 : Etape de l'Analyse des données qualitatives

2.4.3 Codage semi-ouvert et par unité syntaxique

Le codage syntaxique consiste à coder le texte en une suite de phrases comprenant un sujet, un verbe, un complément ou un groupe de mots.

Un codage est appelé ouvert lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ, mais est construite par l'analyse des entretiens. Par opposition un codage est appelé fermé lorsque la grille est préalablement définie et est là pour valider les hypothèses de l'enquête.

Notre codage était semi-ouvert car la grille d'analyse n'était pas limitée à la grille d'entretien initiale mais s'enrichissait au cours de l'analyse de nouveaux thèmes.

La lecture de nos entretiens s'est faite dans le but de tester la validité de nos hypothèses concernant l'utilisation de la vidéo, hypothèses nées de l'expérience existante de son utilisation courante dans les pays anglo-saxon.

Cependant nos entretiens ont été le moins directif possible, et la grille d'analyse s'est construite au fur et à mesure de l'analyse laissant la possibilité aux idées émergentes exprimées par les interviewés de la modifier.

Par une analyse ligne par ligne, le codage ouvert repère des sous-catégories « ou code », en soulignant des mots ou morceau de phrases qui correspondent à des idées ou à des thèmes généraux. Ensuite ces sous-catégories sont regroupées en dimensions plus globales que sont les catégories « ou catégorie de code ».

Les codes et les catégories de codes sont la base de notre grille d'analyse présentée sous forme de thèmes et sous thèmes. (fig. 4)

Apports liés à l'utilisation de la grille de lecture

- **l'utilisation de la grille par les ECA-MSU**
 - **La grille est facile d'utilisation**
 - **La grille permet à l'ECA-MSU d'évaluer les compétences relationnelles de l'interne**
- **Apports pour l'interne**
 - **La grille permet à l'interne de prendre conscience de ses incompétences**
- **Apports pour la rétroaction**
 - **La grille sert de support à la rétroaction**
 - **Il existe une concordance entre les évaluations de l'interne et de l'ECA-MSU**

Figure 4 : extrait de la grille d'analyse, thèmes et sous-thèmes associés.

La création des catégories répondait à une démarche codifiée, nos catégories respectaient les règles édictées par Berelson(50): homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence.

La classification catégorielle devait en effet être homogène, c'est-à-dire regrouper les idées des enquêtés en éléments de signification semblables. Le second principe était celui d'exhaustivité : toutes les pensées des interviewés devaient être codées et aucune ne devaient être écartées de l'analyse. La troisième condition était que les catégories devaient être exclusives, c'est à dire qu'un thème ne pouvait être classé que dans une catégorie.

La règle d'objectivité stipule qu'il ne doit pas y avoir de variation de jugements entre les codeurs et la subjectivité de l'analyste doit être exclue. Afin de répondre à ce dernier critère le codage était réalisé pour l'ensemble des verbatim, par chacun des trois chercheurs concernés par les entretiens.

Ceci a permis de limiter la subjectivité d'un chercheur par sa confrontation avec d'autres analystes, ainsi que de mettre en évidence des thèmes passés inaperçus auparavant.

Les trois chercheurs devaient se mettre d'accord sur l'ensemble des codes créés et sur les blocs de données y étant rattachés. A la fin du codage, il n'a été mis en évidence aucun désaccord entre les trois codeurs.

2.4.4 Méthode d'analyse

Dans un premier temps il s'agissait de lire le verbatim de façon itérative afin de s'en imprégner. De cette lecture approfondie était effectuée une analyse thématique individuelle de chaque entretien afin d'en dégager l'idée forte et les sous thèmes y référent.

L'analyse à proprement parler était une analyse thématique transversale dite horizontale, c'est-à-dire qu'elle évaluait comment chaque thème de la grille d'analyse était abordé par l'ensemble des interviewés. Pour faciliter ce travail de lecture transversale, il était réalisé des « matrices à condensés », permettant de présenter ces résultats sous forme de grille.

La grille comprenait des lignes pour les « cas » et des colonnes pour les « thèmes encodés », dans les cellules d'intersection du cas et du thème étaient synthétisées l'ensemble des idées exprimées par l'interviewé sur le sujet. L'utilisation de la « matrice à condensés » facilitait :

- la consultation de tout ce qui concernait un thème en lisant une ligne ;
- la consultation des liens entre les différents thèmes pour une personne donnée en lisant une colonne ;
- la comparaison des expériences de différentes personnes en comparant deux colonnes.

Il a été décrit 3 phases par Miles et Huberman(46) : l'encodage thématique (condensation des données), la réalisation de matrice à condensés (présentation

des données) et une phase permettant d'esquisser des solutions/conclusions préliminaires. La troisième phase est aussi une phase de vérification amenant à relire l'ensemble du verbatim afin de valider une idée émergente retrouvée et de coder d'éventuelles parties de texte non exploitées. Ces phases, réalisées conjointement à la collecte des données, sont « *cycliques et interactives* », le chercheur étant constamment amené à faire des allers retours entre ces activités et à les mener de façon parallèle (Figure 5).

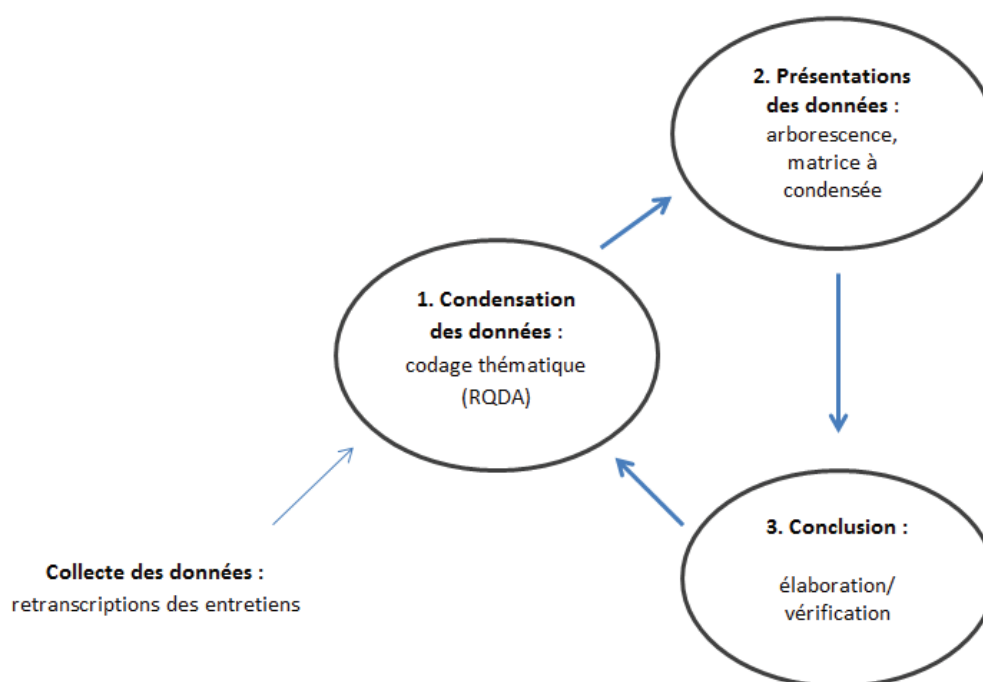


Figure 5: formalisation de l'analyse selon le modèle interactif en trois temps (Rocha 2004)

L'analyse des données s'est faite au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, afin de ne pas perdre de temps dans la rédaction de la thèse. Il a été effectué une première analyse des deux premiers entretiens issus des internes du premier semestre (novembre 2013 à mai 2014), ce qui a permis de valider la grille d'entretien (réalisée en amont) dans son ensemble.

2.4.5 Logiciel utilisé

Nous avons utilisé pour l'analyse des données un logiciel qualitatif de type CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software). Un CAQDAS est un logiciel destiné à l'aide à la lecture et la codification de phrases ou de mots. C'est un logiciel en « open source » nommé RQDA disponible gratuitement sur le net. Il s'agissait d'une bonne alternative au logiciel « Nvivo », d'utilisation plus répandue.

2.4.6 Qualité de l'étude

La rigueur méthodologique de notre étude était assurée par les critères de qualité suivants :

- la réalisation d'entretiens semi-directifs ;
- l'utilisation d'un logiciel de type CAQDAS pour l'exploitation des données ;
- la réalisation d'un double encodage avec accord sur l'ensemble des données des trois codeurs ;
- la description de notre méthode d'analyse.

2.5 Méthodologie de la recherche bibliographique

2.5.1 La communication en santé

La recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche: Google Scholar, Pubmed, Cismef avec les mots clés « communication », « relation médecin-patient », « formation », « apprentissage », « médecine générale » en français et « communication », « physician-patient relations », « training », « learning », « teaching », « general practice » en anglais.

2.5.2 La supervision

La recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche: Google Scholar, Pubmed, Cismef avec les mots clés « supervision », « rétroaction »

«médecine générale» en français et «supervision», «teaching », « feed-back», «general practice» en anglais.

2.5.3 La SODEV

L'expérience dans le domaine en France étant faible, la bibliographie a été essentiellement recherchée dans la littérature nord-américaine. La recherche a été effectuée par les moteurs de recherche Google Scholar, Pubmed, Cismef, en utilisant comme mots clés «enregistrement vidéo», «supervision», «communication», «apprentissage » et «consultation » en français et «video-tape recorder», «videorecording», «communication», «training» et «consultation» en anglais.

2.5.4 Les guides et grilles d'entretiens

La recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche: Google Scholar, Pubmed, Cismef avec les mots clés «Calgary-Cambridge», «ECOS», en français et «OSCE» en anglais.

2.5.5 ALOBA

Cette méthode étant très peu répandue en France, la bibliographie a été essentiellement recherchée dans la littérature nord-américaine. La recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche: Google Scholar, Pubmed, Cismef avec les mots clés «ALOPA», «agenda led outcome based analysis» en anglais.

2.6 Considérations éthiques

2.6.1 Consentement des patients

Un consentement écrit auprès des patients était recueilli après explication de la méthode et de l'objectif de l'étude. (Annexe 9)

Ce recueil était effectué par l'interne réalisant les séries de consultations. Les informations étaient données au patient dans la salle d'examen, avant de débiter la consultation.

2.6.2 Consentement des internes

Un consentement signé auprès des internes était également recueilli après explication de la méthode et de l'objectif de l'étude. (Annexe 10) L'interne pouvait refuser de participer à l'étude sans préjudice.

2.6.3 Consentement Maître de Stage Universitaire

Un consentement écrit des maîtres de stage universitaire, après explication des objectifs de l'étude, était également requis. L'ECA-MSU pouvait refuser de participer à l'étude. (Annexe 11)

2.6.4 Consentement Conseil de l'Ordre Des Médecins

S'agissant de consultations filmées, un consentement oral a été requis et accepté par le conseil de l'Ordre des Médecins. Il s'agissait de pouvoir enregistrer puis visionner les consultations vidéo, tout en respectant le secret médical.

Leur accord a été donné sous réserve de ne pas déplacer le matériel en dehors de la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre, et d'effacer toutes les données enregistrées à la suite de l'étude. De plus, le support de stockage numérique ne devait pas être relié au réseau internet.

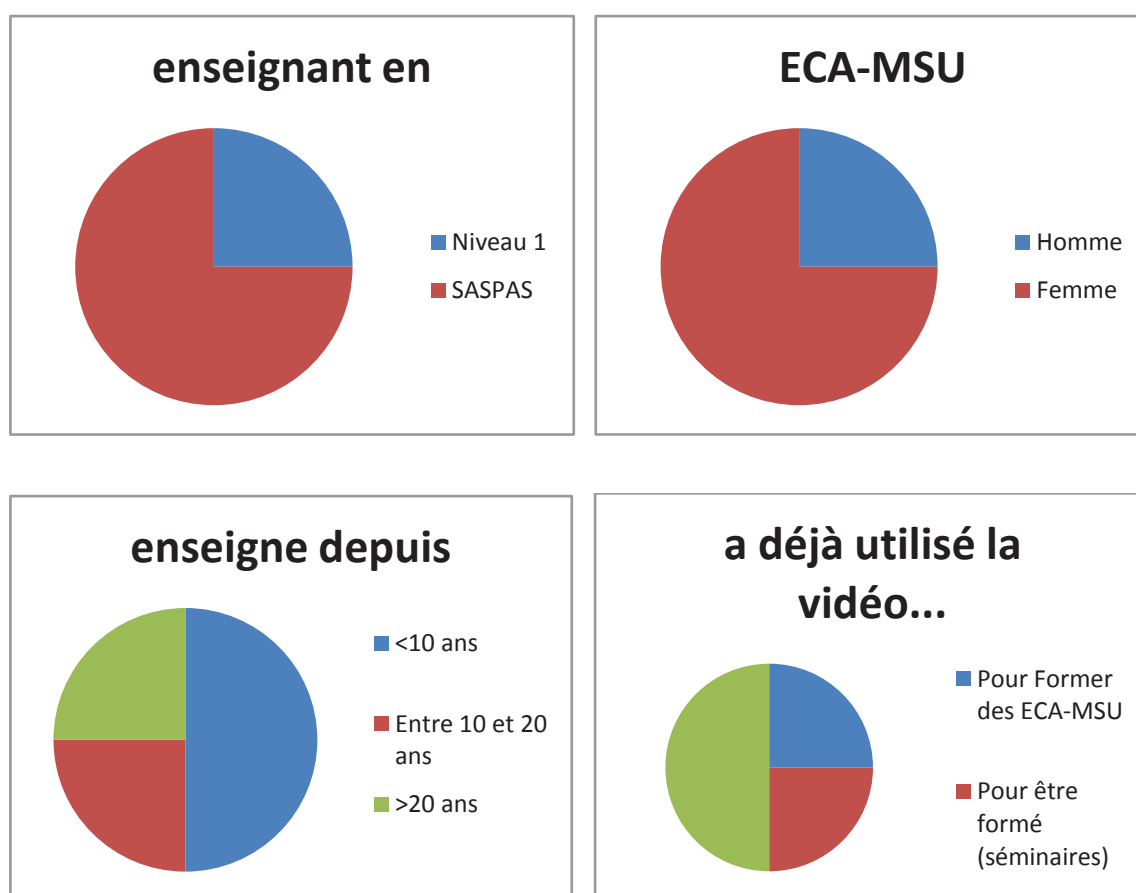
3 RESULTATS

3.1 Données générales

3.1.1 Données sur la population étudiée

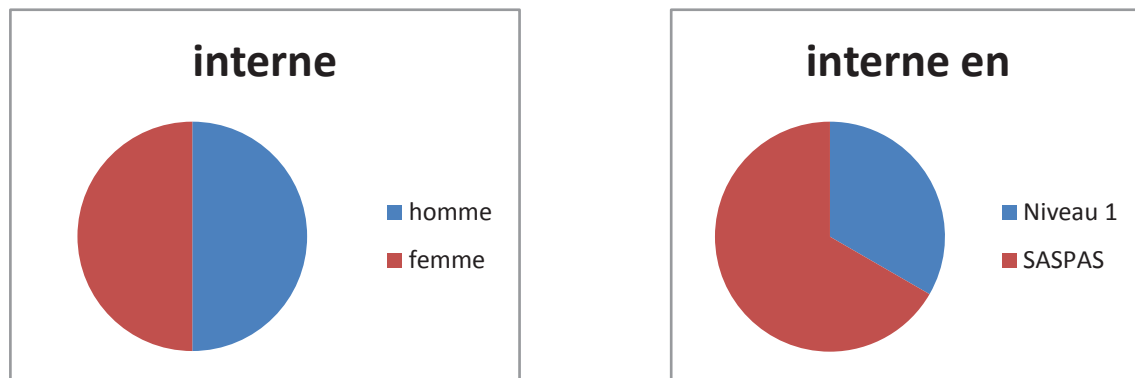
3.1.1.1 ECA-MSU

Tous les ECA-MSU sollicités ont acceptés de participer à l'étude, et nous avons donc inclus 4 ECA-MSU. Leurs caractéristiques étaient les suivantes :



3.1.1.2 Internes

Huit internes ont pû être sollicités pour participer à l'étude. 7 ont accepté d'y participer. L'un entre eux n'a pu finir le protocole pour raisons de santé et a dû être exclu. 6 internes ont donc été inclus dans l'étude. Leurs caractéristiques étaient les suivantes :



3.1.1.3 Entretiens vidéo

Trois internes ont réalisés deux séries d'entretiens filmés (critère d'inclusion). Trois internes ont pût réaliser trois séries d'entretiens. Deux internes extérieurs à l'étude ont réalisé de leur propre chef chacun trois entretiens filmés, hors protocole. Un interne a pu réaliser quatre entretiens filmés et a dû quitter l'étude prématurément.

Les ECA-MSU n'ayant pas accès à la première série d'entretien filmé, ils ont donc visualisés au cours de l'étude 27 enregistrements vidéo d'entretiens.

Il y a eu 60 patients sollicités pour participer à l'étude, 56 ont accepté de participer, soit un taux d'acceptation de 93%. Les causes de refus n'ont pas été demandées. Une patiente a acceptée mais l'interne a décidé de stopper l'enregistrement durant la consultation car il devait réaliser un examen gynécologique. 55 entretiens vidéo ont donc été réalisés intégralement. 10 enregistrement ayant été réalisés hors protocole, 45 enregistrement ont été inclus dans l'étude.

Contrairement au protocole prévu, aucun des internes n'a réalisé d'enregistrement supplémentaire lors des séries. Il n'a été déclaré aucun problème technique conduisant à l'impossibilité d'utiliser un enregistrement lors de la supervision.

3.1.2 Données sur les résultats

3.1.2.1 Sur le mode d'analyse

4 entretiens semi directifs ont été réalisés et enregistrés auprès des ECA-MSU puis retranscrits intégralement. Ils représentent au total 91min d'entretien, soit une moyenne de 22min 45sec par entretien. Le plus long entretien a duré 30min 50sec et le plus court 17min 20sec.

La grille d'entretien (Annexe 8) a été testée lors du premier entretien. Elle a été validée à cette occasion et conservée sans modification pour la suite des entretiens.

L'analyse du verbatim a été réalisée à l'aide du logiciel RQDA. La méthode utilisée est celle de l'analyse à 3 temps. Elle a été réalisée en parallèle par trois analystes différents.

L'analyse a permis de retrouver 41 thèmes différents, qui ont été répartis en 4 catégories distinctes, constituant la grille d'analyse des entretiens :

- Thèmes ayant trait à la supervision (10 thèmes)
- Thèmes ayant trait à la vidéo (16 thèmes)
- Thèmes ayant trait à la grille de lecture (5 thèmes)
- Thèmes ayant trait à l'outil dans sa globalité (10 thèmes)

Chaque ECA-MSU a évoqué au moins 36 thèmes différents dans son entretien. 30 thèmes sont communs à tous les entretiens et 35 thèmes ont été cités par au moins 3 des 4 ECA-MSU. 3 thèmes n'ont été évoqués que par un seul ECA-MSU.

Compte tenu du faible nombre d'entretien analysés, nous ne considérons pas avoir atteint avec certitude la saturation des données. Cependant, l'analyse

du dernier des quatre entretiens n'a pas permis de mettre en évidence de nouveau thème.

3.1.2.2 La présentation des résultats

Il a été décidé de présenter les résultats selon le plan de la grille d'analyse des entretiens pour plus de lisibilité. On retrouve donc 4 chapitres distincts explorant les 4 catégories de thèmes retrouvés. A la fin de chaque chapitre, un encadré résume les thèmes et sous-thèmes évoqués par les ECA-MSU.

Les propos des médecins sont cités entre guillemet, en italique. «MSU1» signifie que la citation provient de l'entretien avec le premier ECA-MSU. Les relances de l'interviewer sont notées entre parenthèse au sein de la citation, précédées de la mention «interviewer».

L'intégralité du verbatim issu de la retranscription des entretiens avec les ECA-MSU est retranscrite en fin de thèse.

3.2 Analyse des résultats

3.2.1 Apports de l'outil pour la supervision

3.2.1.1 Apports pour l'interne vu par l'ECA-MSU

Dans le cadre de l'utilisation de l'outil, les ECA-MSU notent que la supervision permet de faire progresser l'interne sur des points non accessibles en supervision « classique » (indirecte ou directe sans vidéo). Il peut s'agir d'illustrer certaines incompétences.

MSU 1 :« *La vidéo permettait de lui dire : voilà, là, vous avez fait ça, peut-être que vous auriez dû faire ça.* »

MSU 2 : *« vraiment ce qui m'a frappé le plus, c'est l'ordinateur. Question que je ne m'étais jamais posée, parce que je pensais que ça allait de soi et qu'on devait forcément pas mettre en lien avec le patient. »*

L'intérêt spécifique pour explorer les attitudes a été évoqué.

MSU 4 : *« Et je me rends compte à chaque débrief, on peut pas parler des attitudes puisque, on n'a pas de support pour en parler, en fait. Les internes ne sont pas filmés tous les jours. »*

Les ECA-MSU ont notés que l'autoévaluation des internes en amont améliorerait leur réceptivité lors de la supervision. L'ECA-MSU peut ainsi confirmer certaines impressions de l'interne.

MSU 1 : *« ça nous a permis de dire ensemble : Oui, effectivement, là, peut-être que si vous l'aviez laissé parler un peu plus, ou peut-être que si vous aviez été un peu moins directif, vous auriez pu avoir peut-être un petit peu plus de renseignements »*

L'outil permettrait alors à l'ECA-MSU de sortir d'une impasse.

MSU 3 : *« J'espère que ça va lui apporter des choses, tu vois. Que peut-être la supervision sans vidéo n'a peut-être pas pu faire complètement, je pense. »*

L'interne est capable de se définir des objectifs de progression.

MSU 1 : *« voir, comment se déroule la consultation, et que, ensuite ils puissent l'analyser et qu'ils puissent eux même critiquer ce qu'ils ont fait. Et nous, amener une réponse aux questions qu'ils se posent, quoi »*

On note que l'interne est parfois plus critique à son égard que l'ECA-MSU. Il pouvait s'agir de difficultés ressenties par l'interne et non confirmées par l'ECA-MSU.

MSU 3 : *« Il me disait qu'il ne s'était pas senti à l'aise et que pour lui, ça se voyait qu'il n'était pas à l'aise sur la vidéo. Ce que je ne trouvais pas vraiment, moi. »*

Cette sévérité transparait aussi dans les notes que s'attribue l'interne.

MSU 2 : *En fait, (interne), met jamais, pratiquement jamais « tout à fait » Mais comme elle met peut-être des « plutôt oui » et moi j'étais « tout à fait », j'ai dit « Bon, ça va »*

3.2.1.2 Incidence sur le couple interne/MSU

Les modalités d'utilisation de l'outil apportent à l'ECA-MSU un matériel supplémentaire pour la supervision : les auto-évaluations des internes. Ce matériel est utilisé lors de la supervision. L'ECA-MSU se servira ainsi de la grille de l'interne comme support.

MSU 2 : *« Alors, on a d'abord regardé... Par exemple, pour la première consultation, ce que l'on avait mis comme réponse, et voir si on était plutôt du même avis ou pas. »*

MSU 3 : *« Donc il y a commencé par me parler de ces grilles qu'il a remplies. »*

Il y a eu par la suite des discussions autour des enregistrements vidéo.

MSU 2 : *« Ensuite, on a regardé la vidéo pour essayer de voir là, où l'on n'était pas d'accord, qui, finalement avait peut-être mieux observé la consultation »*

Cette démarche a été vécue par l'ECA-MSU comme facilitatrice pour la supervision.

MSU 4 : *« c'était facilitateur, quoi, en fait [...]. Parce que, on... Justement, on avait des choses... A partager, quoi, par rapport au... Par rapport à ce qui avait été fait. »*

L'interne pouvait être associé par l'ECA-MSU à la recherche des problèmes.

MSU 4 : *« l'interne avait posé des questions et donné les réponses en suivant. Et moi, après je lui dis : « Et, là, qu'est-ce que t'as pensé de cette partie de*

discussion avec le patient ? Qui a fait quoi ? ». Bon, voilà, on a rigolé. Parce qu'elle a dit : « Oui, en fait, j'ai peut-être donné trop les réponses. »

L'interne pouvait aussi être associé par l'ECA-MSU à la résolution des problèmes.

MSU 1 : « et puis voir, comment se déroule la consultation, et que, ensuite ils puissent l'analyser et qu'ils puissent eux même critiquer ce qu'ils ont fait. Et nous, amener une réponse aux questions qu'ils se posent, quoi »

MSU 3 : «là, si... Est-ce qu'il y aurait une autre possibilité par exemple ? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire autrement ? »

La présence d'un matériel d'autoévaluation permettait à l'ECA-MSU de centrer sa rétroaction sur les discordances dans les évaluations. Il pouvait s'agir de remettre en question son évaluation.

MSU 2 : « Et ce qui fait que, je crois que dans une des consultations, c'est moi qui ai changé mon avis et une autre, c'est elle. »

Surtout, l'évaluation de l'ECA-MSU était décrite comme complémentaire de celle de l'interne. Les discordances étaient utilisées pour visualiser les scotomes de l'interne et l'aider à en prendre conscience. Cet apport était ressenti comme spécifique à l'outil vidéo.

MSU 4 : « Ben, en fait, quand tu fais de la supervision, l'autre peut toujours te dire ce qu'il a ressenti, comment il était : « Non, non, mais là je me suis senti bien par rapport à ce patient, j'étais à l'aise et cetera. ». Sauf que, en vidéo, tu dis : « Mais, est-ce que vraiment à ce moment-là, tu t'es senti à l'aise ? Est-ce que vraiment à ce moment-là, tu l'as laissé parler ? Ou t'as pas, toi-même donné les réponses à des questions ? Enfin les réponses après les questions ? ». « Si, si, en fait, j'ai fait ça. » Voilà. »

MSU 3 : « Le scotome, c'est ce qu'on ne voit pas. Mais parfois, souvent même, c'est au-delà. C'est qu'on a quelque part, pas intérêt à voir justement. Et c'est là le principal frein. Et là, pour sortir de ça, la vidéo c'est un outil extraordinaire.[...] Donc là, je pense qu'on a fait un travail de « Mettre en

évidence de... [...] Que peut-être la supervision sans vidéo n'a peut-être pas pu faire complètement, je pense »

3.2.1.3 Incidence sur la forme de la supervision

L'un des ECA-MSU a évoqué spontanément la possibilité d'utiliser une démarche ALOBA en SODEV pour guider la supervision.

MSU 3 : *« La vidéo, je la présenterai toujours avec l'ALOB. »*

L'ALOB est vue comme une aide dans la supervision, notamment en SODEV.

MSU 3 : *« l'ALOB aussi, peut être utilisé même sans vidéo, mais c'est une trame qui aide les gens, au moins les débutants, à travailler »*

Il a également évoqué l'opportunité d'utiliser conjointement SODEV et grille de Calgary.

MSU 3 : *« Il y a d'une part la technique de l'ALOB et puis la grille de Calgary, qui est un support à cette technique. »*

La supervision en SODEV a été décrite par les ECA-MSU comme bienveillante, et on retrouve les principes de réassurance, de valorisation et de non jugement dans leurs discours.

MSU 1 : *« Mais globalement, j'étais peut-être plus rassurante que critique.[...] Plus les guider, que de les critiquer. »*

MSU 3 : *« il y avait pas mal de choses positives, qui permettaient de bien valoriser le travail ce qui rendait plus acceptable pour l'étudiant, tu vois. » ; « C'est-à-dire que c'est pas un outil de voyeurisme. C'est pas un outil de jugement de valeur »*

La supervision était réalisée dans un climat de confiance avec l'interne.

MSU 1 : « *Je pense même pas que ce soit le fait, que ce soit moi qui le voit par derrière qui les gênait. Je pense que c'est presque le fait de se voir eux.* » ; « *ça a permis d'avancer, et je vous dis de rassurer. Peut-être même plus des fois de rassurer, que de dire « Ben, vous n'avez pas fait ce qu'il fallait, il aurait [fallu] faire ça ».* »

MSU 4 : « *Justement, on avait des choses... A partager, quoi, par rapport au... Par rapport à ce qui avait été fait. Puis facilitateur, puisqu'en fait, ça ne venait pas de moi.* »

Apports de l'outil pour la supervision

- **Apport pour l'interne vu par l'ECA-MSU**
 - **L'autoévaluation de l'interne en amont améliore sa réceptivité au discours de l'ECA-MSU**
 - **L'outil permet de faire progresser l'interne sur des points non accessibles en supervision classique**
 - **L'outil permet à l'interne de se définir des objectifs de progression**
- **Incidence sur le couple interne/ECA-MSU**
 - **L'évaluation de l'ECA-MSU est complémentaire de celle de l'interne**
 - **La supervision est centrée sur les discordances d'évaluation**
 - **L'ECA-MSU associe l'interne à la recherche et à la résolution des problèmes**
 - **La supervision est centrée sur l'auto évaluation de l'interne**
- **Incidence sur la forme de la supervision**
 - **La supervision s'effectue dans un climat de confiance**
 - **La supervision est bienveillante**
 - **La supervision peut intégrer la technique ALOBA**

3.2.2 Apports liés à l'utilisation de la vidéo

3.2.2.1 En termes d'évaluation des compétences de l'interne

Les ECA-MSU ont relevés que la vidéo leur permettait facilement d'évaluer les compétences de l'interne dans leur globalité.

MSU 4 : *« J'ai trouvé ça, vraiment... Bon dans l'approche, voilà, de toutes les compétences d'un médecin généraliste, et c'est top, quoi. Parce que ça permet de... Vraiment, d'identifier toute la trajectoire de la consultation avec et ben, tous les moments de doute, les moments de silence, les moments de non verbal, ou de... Vraiment toutes ces... Tous ces moments de consultation, j'ai trouvé ça très bien de pouvoir les identifier comme ça »*

L'intérêt pour évaluer des compétences purement techniques a été évoqué.

MSU 1 : *« ça m'a permis de voir comment il conduisait son... Son examen clinique quand je n'étais pas derrière lui. »*

Cependant, l'intérêt dans l'évaluation des compétences relationnelles était plus souvent cité.

MSU 2 : *« Parce qu'on le voit. On voit tellement qu'il n'y a pas de... Enfin qu'elle ne voit pas le ressenti du patient. Ça se voit tellement qu'on ne peut pas passer à côté. Alors que quand on fait un débrief sans vidéo, on peut très bien ne plus penser à ça et du coup... Comme ce n'est pas forcément automatique d'y penser... Je pense que de le voir, là, on ne peut pas passer à côté. »*

Il pouvait s'agir d'explorer des compétences verbales.

MSU 3 : *« à un moment donné, il n'a reformulé qu'en partie et que du coup, ça s'est embarqué sur quelque chose qui n'était peut-être pas ce que la patiente attendait. Et du coup, c'était intéressant de faire cette analyse »*

MSU 4 : *« Au niveau de la verbalisation, en fait, c'est plus simple. Parce que du coup, on écoute, on voit bien »*

L'intérêt pour explorer les compétences non verbale était aussi régulièrement évoqué.

MSU 2 : « *Et puis, pareil, c'était les indices non verbaux. Mais évidemment on peut pas voir ça. Quand on débrieфе, on ne peut pas les voir les indices non verbaux. »*

MSU 4 : « *Quand on regarde la vidéo, on voit que les internes utilisent des postures. Des postures en avant, des postures un peu... Un peu différentes. »*

L'exploration du non verbal était parfois donnée comme plus difficile, notamment le non verbal « fin » (expressions faciales etc.)

MSU 1 : « *Sur des choses de ressenti, des choses comme ça. [...] généralement, ça correspondait à ce que, lui, avait pas pu... Avait pas trouvé trop à répondre, ou n'avait pas trop de réponse à ces items-là. »*

MSU 4 : « *Parce que voilà, « J'ai facilité non verbalement les réponses du patient », euh... Voilà. La vidéo ne permet pas de voir, le froncement des sourcils, les petits sourires et cetera. [...] On voit juste les postures, ben, des mains, du hochement de tête, des choses comme ça. Mais il y a pleins de choses, là, qui sont inscrites... Ben, en fait, moi, j'ai pas pu décrypter ça en tout cas. »*

Les ECA-MSU ont aussi pu utiliser l'outil pour s'assurer de l'assimilation des compétences par l'interne au cours du stage.

MSU 1 : « *Là, ça m'a permis de voir, si, surtout s'ils étaient plutôt en fin de cycle, si, ils avaient bien retenu tout ce que j'avais essayé de leur apprendre et si sur une, deux ou trois consultations, en gros, j'étais satisfaite de ce que j'avais pu leur faire passer »*

Sur un plan plus général, les ECA-MSU ont trouvés intéressant de pouvoir observer l'interne consulter seul.

MSU 1 : « *Ça m'a permis de voir comment travaillait l'interne tout seul [...] Donc là, peut-être le fait de voir l'attitude de l'interne tout seul. Et directement. Pas simplement par le oui-dire des gens. Pas forcément fiable.»*

MSU 2 : *« c'était intéressant de pouvoir noter un peu comment on voyait le fonctionnement de l'interne »*

Enfin, les ECA-MSU ont soulevés l'intérêt pour l'interne de pouvoir se revoir, afin de prendre conscience de ses incompétences. L'intérêt dans les compétences verbales est surtout mis en avant.

MSU 1 : *« C'est peut-être plus dans l'attitude que dans le... Que dans la conduite de la consultation, peut-être. « Ben, là, j'aurai peut-être dû davantage l'écouter, ou je n'aurai pas dû le regarder comme ça, ou j'ai été trop rapide... »*

Cette prise de conscience pouvait être spontanée, lors de l'auto évaluation.

MSU 1 : *« en se revoyant, il se dit « Peut-être là, j'aurai dû davantage approfondir, ou j'aurai peut-être dû lui laisser davantage le temps de parler et j'aurais pas dû le couper »*

3.2.2.2 La vidéo comme support de la rétroaction

Les ECA-MSU ont notés l'intérêt de l'utilisation de la vidéo comme support à la rétroaction. La supervision se déroulait autour du visionnage des consultations.

MSU 2 : *« on a regardé la vidéo pour essayer de voir là, où l'on n'était pas d'accord, qui, finalement avait peut-être mieux observé la consultation »*

MSU 3 : *« Ben, on a pris les trois enregistrements dans l'ordre. Et alors, moi je les avais visionnés avant, donc j'avais pris un certain nombre de notes, de renvois que j'avais l'intention de lui faire. »*

Ce visionnage pouvait servir à illustrer des concepts théoriques.

MSU 3 : *« Dans la dernière, il y avait, justement, des choses intéressantes à reprendre et du coup, ça a permis de faire une bonne reprise théorique en particulier sur l'empathie et la reformulation »*

Il arrivait que la prise de conscience des incompétences par les internes ne soit pas spontanée au cours de leur auto évaluation. Il s'agissait alors de scotomes. La vidéo pouvait servir à l'ECA-MSU à amener cette prise de conscience en illustrant son discours lors de la rétroaction.

MSU 3 : *« Donc là, je pense qu'on a fait un travail de « Mettre en évidence de... Ah, il y a quelque chose qui aurait été plus aidant, là ». Et ce qui aurait été plus aidant, c'est la reformulation. Donc là, l'intérêt de la vidéo, c'est cet outil qui probablement lui... [...] Que peut-être la supervision sans vidéo n'a peut-être pas pu faire complètement, je pense. »*

La vidéo était donc utilisée souvent en appui du discours de l'ECA-MSU.

MSU 4 : *« Ben l'interne avait posé des questions et donné les réponses en suivant. Et moi, après je lui dis : « Et, là, qu'est-ce que t'as pensé de cette partie de discussion avec le patient ? Qui a fait quoi ? ». Bon, voilà, on a rigolé. Parce qu'elle a dit : « Oui, en fait, j'ai peut-être donné trop les réponses. »*

Les ECA-MSU ont également profités de la vidéo pour observer les patients.

MSU 4 : *« les gens... Voilà, tout ce qu'on apprend autrement, on le voit vraiment, quoi. Ils sont en retrait, ils mettent les bras sur le bureau. Il y a pleins d'attitudes comme ça où on se rend compte, oui, que les gens sont à l'aise, pas à l'aise, qu'ils ont envie de dire quelque chose, qui ont... Mais du coup, ils utilisent, ben, les mains, ils utilisent le regard, ils utilisent différentes techniques quoi, auxquelles on ne fait pas forcément toujours attention, quand on ne fait que écouter. »*

Cette observation permettait à l'ECA-MSU de prendre conscience des préoccupations du patient, et d'en faire prendre conscience à l'interne si besoin.

MSU 3 : *« Dérouler la vidéo, pour lui faire prendre conscience de... Que, à un moment donné, il n'a reformulé qu'en partie et que du coup, ça s'est embarqué sur quelque chose qui n'était peut-être pas ce que la patiente attendait [...] du*

coup, on a pu montrer, comment dans tout le reste de l'entretien, ben, on s'était embarqué sur les préoccupations [...] du médecin. »

3.2.2.3 Risques et impact de la vidéo

Les ECA-MSU ont évoqués certains risques liés à l'utilisation de la vidéo comme outil de supervision. En premier lieu, ils ont parlés du risque que l'interne se sente jugé, critiqué.

MSU 2 : *« Enfin, moi j'espère qu'elle n'a pas pris mes critiques comme des critiques négatives, plutôt positives. »*

MSU 3 : *« Parce que, une des difficultés dans ce travail, c'est que, on voit vite les défauts des gens et on risque de très vite aller sur « pointer les défauts »*

Ils ont pointés du doigt le fait qu'en cas de supervision trop critique, l'outil perdrait de sa valeur.

MSU3 : *« Parce que si c'est une vidéo qui est trop chargée de... Avec risque de reproches par exemple, ça, ça peut pas passer quoi. Ça, ça peut pas être entendable. »*

Les ECA-MSU craignaient également que la présence de la vidéo ne modifie le comportement de l'interne. Ils relativisaient cependant en notant qu'il n'y avait aucun élément en ce sens.

MSU 4 : *« Est-ce que, quand on sait qu'on est filmé, on change d'attitude ? (Interviewer : Tu l'as perçu comment, toi, ça, du coup ?) Ben, j'ai pas eu l'impression. »*

Les ECA-MSU évoquaient souvent la crainte que la vidéo ne soit anxiogène pour certains internes, du fait de la crainte de voir sa propre image.

MSU 1 : *« je pense que le mal à l'aise, c'était de se voir eux, plus que ce soit moi qui les voit. »*

Cette appréhension était variable selon les internes.

MSU 1 : *« il y en qui sont beaucoup plus à l'aise, où la vidéo, ça passe très bien et puis d'autres qu'on sent un petit peu plus sur la retenue. »*

Les ECA-MSU supposaient que les internes s'habituent progressivement à la présence de la caméra.

MSU 4 : *« Je crois que, au fur à mesure que le temps passe, au fur et à mesure, les jeunes vont s'habituer à ça. »*

MSU 3 : *« Parce que les internes... Enfin, je parle des échanges que j'ai, moi, avec les gens qui pratiquent ça de façon courante, en particulier les québécois, sont habitués et c'est des choses qu'ils acceptent facilement. Bon, là, il s'est trouvé que ce n'était pas le cas. Mais habituellement, malgré les craintes qu'ils ont, très rapidement, ils dépassent ces craintes. »*

Un ECA-MSU relativisait également l'impact de la caméra en SODEV en évoquant l'impact de la présence de l'ECA-MSU en supervision directe.

MSU 1 : *« Ça m'a permis de voir l'attitude qu'il pouvait avoir tout seul face au patient, qu'il n'a pas forcément la même attitude que quand il est avec moi. » ; « même si je les laisse faire la consultation, je suis présente, les gens me... Les gens me posent les questions à moi. Si je vois qu'ils ne font pas un truc, je leur rappelle. »*

Certains ECA-MSU se préoccupaient également avant l'étude de l'impact que la présence de la caméra pouvait avoir sur les patients.

MSU 4 : *« vraiment pour moi, ça me paraissait quelque chose de rébarbatif, que je ne connaissais pas, qui allait faire suer mes patients, pas m'intéresser et voilà. J'étais plutôt contre, au début. »*

Après la réalisation des entretiens, ils s'accordaient sur le fait qu'il ne semblait pas y avoir d'incidence particulière sur les patients.

MSU 1 : *« Les gens, ils acceptent en général. Ils voient pas d'inconvénient, et puis, ils ne vont pas se revoir, ils savent que ce n'est pas pour une utilisation*

quelconque. Je pense que le problème ne vient pas d'eux. L'attitude est la même. »

MSU 2 : « Non, j'ai eu l'impression que les gens avaient complètement oubliés la vidéo, en fait. »

MSU 4 : « J'ai trouvé ça passionnant, n'ayant pas du tout embêté mes patients et ça, pour moi, c'était super important. »

Les ECA-MSU ont fait preuve d'autocritique dans leur rapport avec l'outil. Ils ont transposés les problématiques de l'interne à leurs propres pratiques.

MSU 2 : c'est des faiblesses que je retrouve aussi dans ma propre pratique. Puisque c'était surtout par rapport à l'utilisation de l'ordinateur.

MSU 4 : « J'ai trouvé que c'était très riche, et, pour l'interne que j'ai dû superviser enfin après, et, pour moi en retour, parce qu'il y a pleins de choses que je me suis dit : « Ben, moi aussi, si ça se trouve, j'agis comme ça, et je fais ça, et c'est sûrement pas bien. Et peut-être que, moi aussi, un jour, je me filmerai pour regarder ce que je suis capable de faire. »

Ils se sont également questionnés sur les dérives possibles de leur supervision et les façons de les éviter.

MSU 3 : « une des difficultés dans ce travail, c'est que, on voit vite les défauts des gens et on risque de très vite aller sur « pointer les défauts ».

MSU 4 : « Mais après, est-ce que nous, on ne deviendrait pas genre les censeurs. Enfin, genre les... Le côté : « Je t'ai vu là... ». « Rires ». Mais après, il faut... Faudrait pas que les internes le prennent comme ça, quoi. »

3.2.2.4 Les contraintes matérielles

Aucun problème n'a été relevé par les ECA-MSU concernant l'utilisation technique du matériel. Ils n'ont pas évoqués cet aspect spontanément et l'interviewer a dû les questionner à ce sujet.

MSU 1 : « (interviewer : Par rapport, à l'utilisation du matériel technique, il y a eu des soucis ?) Non, aucun. »

MSU 2 : « (interviewer : Complexe ?) Pas vraiment. Dans la mesure où tout était bien mâché et qu'il fallait appuyer sur le bouton et qu'il fallait...Non. Pas vraiment. (Interviewer : Facile à utiliser ?) Oui, oui. »

Les tutoriels présents sur place ont été utilisés sans difficultés.

MSU 2 : « parce qu'on avait les explications. Quand hier soir, il a fallu qu'on revoie ça, avec (interne), on avait un petit peu... On se posait des questions puis on a trouvé les deux feuilles qui donnaient les consignes, donc il n'y a pas eu de... »

L'un des ECA-MSU a évoqué un problème de son lors du visionnage des vidéo. Il utilisait les hauts parleurs de l'ordinateur de son bureau et non ceux de l'installation dédiée.

MSU 3 : « Juste le son, qui effectivement, n'était pas très... N'était pas terrible. »

Les 3 autres ECA-MSU ayant utilisés l'installation dans son intégralité n'ont pas relevés de problèmes de son.

MSU 1 : « Le son était correct. On comprenait bien ce que disais l'interne, ce que répondaient les patients. »

La qualité de l'image n'a pas posée de difficulté.

MSU 1 : « La qualité d'image était suffisante pour ce qu'on avait à y faire »

En revanche, un ECA-MSU a évoqué un problème lié au positionnement de la caméra, ne permettant pas d'observer certains détails de l'expression de l'interne, vu de profil.

MSU 4 : « *Après, la salle, n'est pas forcément bien organisée par rapport à la consultation. Parce que, ça, vraiment à la vidéo, c'est compliqué à voir : « L'expression faciale adaptée aux émotions... Exprimées vers le patient... »*

Apports liés à l'utilisation de la vidéo

- **En termes d'évaluation des compétences de l'interne**
 - La vidéo permet d'évaluer les compétences relationnelles de l'interne
 - La vidéo permet à l'interne de prendre conscience de ses incompétences
 - La vidéo permet d'évaluer l'assimilation des compétences par l'interne
 - La vidéo permet d'observer l'interne seul
 - La vidéo explore les compétences verbales de l'interne
 - La vidéo explore les compétences non verbales de l'interne
- **La vidéo comme support de la rétroaction**
 - La vidéo sert de support à la rétroaction
 - La vidéo permet d'observer les patients
 - La vidéo permet de faire prendre conscience à l'interne des préoccupations du patient
 - La vidéo est un appui pour la rétroaction du MSU
- **Risques et impact de la vidéo**
 - Impact de la vidéo sur les internes
 - Les risques liés à l'utilisation de la vidéo
 - Impact de la vidéo sur les patients
 - La présence du MSU modifie le déroulement de la consultation
- **Les contraintes matérielles**
 - Les limites techniques de la vidéo
 - L'utilisation du matériel

3.2.3 Apports liés à l'utilisation de la grille de lecture

3.2.3.1 l'utilisation de la grille par les ECA-MSU

L'utilisation de la grille dans son ensemble n'a pas posée de problème, en dehors des items rendus difficiles d'interprétation par les MSU comme vu plus haut.

MSU 1 : « *la grille, ne me pose pas de problème* »

MSU 3 : « *Elle est très bien faite* »

MSU 4 : « *Parce que, au niveau de la grille sinon... Sinon, tout était assez facile* »

Certains ECA-MSU et internes n'ont pas réussi à explorer tous les items à chaque consultation.

MSU 1 : « *C'est vrai que des fois, je n'avais pas de réponse à apporter à certaines questions.* »

La compréhension de certains items divergeait parfois entre interne et ECA-MSU.

MSU 2 : « *on n'avait pas compris la même chose dans « Structure et entrevue ». Donc forcément, les réponses étaient presque à l'opposé* »

Une ECA-MSU a eu du mal à « noter » son interne.

MSU 4 : « *Alors, du coup, par contre, là, dans les « Plutôt non », « Plutôt oui », « Plutôt tout à fait », j'ai... Bon. J'étais pas très à l'aise pour répondre, [...] je ne pouvais pas répondre précisément en fait.*

L'utilisation de la grille a permis aux ECA-MSU d'évaluer les compétences relationnelles des internes.

MSU 4 : *« Mais à partir de la grille, toute façon, euh...Voilà, on parle du « J'ai facilité non verbalement les réponses du patient [...] Oui, parce que j'aurai... Je pense que je n'aurai pas été capable sinon d'identifier exactement... [...] Ça permet de mieux fixer les items. »*

L'un des ECA-MSU retrouvait, lors des utilisations de la grille pour un même interne, une reproductibilité de l'évaluation.

MSU 2 : *« dans chaque appréciation que j'ai faite, je trouve à peu près les mêmes « plutôt oui », « plutôt non » ou « tout à fait »*

3.2.3.2 Apports pour l'interne

Du point de vue des ECA-MSU, la grille a également été utile aux internes pour évaluer leurs compétences.

MSU 1 : *« ça a permis, que peut-être que lui, me montre les points qui pour lui, lui semblaient négatifs »*

MSU 3 : *« Il trouve que la grille... Avec l'aide de la grille, ça se passait plutôt bien. Donc, ça semblait lui convenir, et le conforter dans le fait qu'il fonctionne bien, à priori. Ce qui est d'ailleurs le cas. »*

3.2.3.3 Apports pour la rétroaction

La grille servait de support à la rétroaction.

MSU 2 : *« Alors, on a comparé nos réponses sur la grille que l'on avait remplie chacune de notre côté »*

MSU 3 : *« Il y a d'une part la technique de l'ALOA et puis la grille de Calgary, qui est un support à cette technique »*

On retrouvait dans le discours de certains ECA-MSU la notion d'une concordance entre leurs évaluations et celles des internes sur certains points, lors de la rétroaction.

MSU 1 : *« Puis des fois, ça nous a permis de dire ensemble, « Oui, effectivement, là, peut-être que si vous l'aviez laissé parler un peu plus, ou peut-être que si vous aviez été un peu moins directif »*

MSU 2 : *« Mais comme elle met peut-être des « plutôt oui » et moi j'étais « tout à fait », j'ai dit « Bon, ça va »*

Apports liés à l'utilisation de la grille de lecture

- **l'utilisation de la grille par les ECA-MSU**
 - **La grille est facile d'utilisation**
 - **La grille permet à l'ECA-MSU d'évaluer les compétences relationnelles de l'interne**
- **Apports pour l'interne**
 - **La grille permet à l'interne de prendre conscience de ses incompétences**
- **Apports pour la rétroaction**
 - **La grille sert de support à la rétroaction**
 - **Il existe une concordance entre les évaluations de l'interne et de l'ECA-MSU**

3.2.4 Réflexions autour de l'outil dans sa globalité

3.2.4.1 Apports pour la formation aux compétences relationnelles

Les ECA-MSU ont notés que l'utilisation de l'outil permettait à l'interne de progresser dans les compétences relationnelles.

MSU 2 : *« Dès le lendemain, dans ma consultation, je me suis dit : « Tiens, il faut que je regarde, que je fasse attention à ça ». Et en discutant avec (interne), on a eu la même conclusion. [...] Et du coup, elle aussi, elle fait, elle essaye de taper en parlant au patient, pour voir si le patient est bien d'accord. En même temps, c'est une façon aussi de reformuler et de voir si on a bien compris le problème. »*

MSU 3 : *« Le scotome, c'est ce qu'on ne voit pas. Mais parfois, souvent même, c'est au-delà. C'est qu'on a quelque part, pas intérêt à voir justement. Et c'est là le principal frein. Et là, pour sortir de ça, la vidéo c'est un outil extraordinaire. »*

L'intérêt de l'outil pour la formation des ECA-MSU a aussi été fréquemment évoqué.

MSU 2 : *« J'ai trouvé que ça pouvait être utile. Mais pas uniquement aux internes, également aux maîtres de stage »*

MSU 3 : *« Alors, ça fonctionne. C'est un outil... Si tu veux, que ce soit avec les médecins en formation continue, ou avec un interne en formation initiale, pour moi, la puissance de l'outil est la même »*

MSU 4 : *« J'ai trouvé que c'était très riche, et, pour l'interne que j'ai dû superviser enfin après, et, pour moi en retour, parce qu'il y a pleins de choses que je me suis dit : « Ben, moi aussi, si ça se trouve, j'agis comme ça, et je fais ça, et c'est sûrement pas bien. Et peut-être que, moi aussi, un jour, je me filmerai pour regarder ce que je suis capable de faire. »*

Les retours des ECA-MSU ont par ailleurs été très positifs sur l'intérêt de l'outil dans sa globalité.

MSU 2 : *« je ne savais pas ce que c'était au départ. Mais j'ai trouvée que c'était vraiment, un moyen qui me semble très intéressant et très utile. [...] Non, c'est sûr que c'est un plus par rapport au débriefing »*

MSU 3 : *« il faut absolument que... Qu'on passe à la vitesse supérieure, hein, au niveau de la vidéo, parce que c'est un outil extraordinaire. »*

MSU 4 : *« J'ai trouvé ça, vraiment... Bon dans l'approche, voilà, de toutes les compétences d'un médecin généraliste [...] Vraiment, je pensais que c'était pas très utile, mais vraiment je crois que c'est la meilleure façon pour... Pour faire modifier son comportement »*

3.2.4.2 Apports de l'outil par rapport à une SODEV classique

Aucun des ECA-MSU n'avait déjà pratiqué de SODEV avec des internes, ni été formé pour. Deux ECA-MSU avaient l'expérience de l'utilisation de la vidéo comme outil de formation, dont un en tant que formateur.

MSU 3 : *« j'ai une expérience surtout en formation médicale continue où j'ai utilisé la vidéo pendant des années et dans beaucoup de formations. Donc j'ai des centaines de médecins que j'ai formé avec de la vidéo. C'est à dire, j'enregistrais des entretiens simulés et on les débriefait ensuite. Donc c'est surtout là, que j'ai de l'expérience dans la vidéo. »*

Les ECA-MSU n'ont pas notés de difficultés pour utiliser l'outil dans sa globalité. Ils ont peu évoqués cet aspect spontanément et il a paru utile à l'interviewer de les questionner sur le sujet s'il n'était pas abordé spontanément.

MSU 1 : *« (interviewer : On peut juger que votre formation, en tant que maître de stage, par rapport à cet outil... ?) Permet d'utiliser la... Oui. Oui, oui. »*

MSU 2 : « (interviewer : Donc, du coup, c'était la première fois que vous étiez face à cet outil.) Oui. (Interviewer : Ça a été un problème ? Ou au contraire, c'était... ?) Non, pas du tout. Non. »

MSU 3 : « Alors, ça fonctionne. C'est un outil... Si tu veux, que ce soit avec les médecins en formation continue, ou avec un interne en formation initiale, pour moi, la puissance de l'outil est la même. »

Les ECA-MSU se sont appropriés l'outil et ne l'ont pas utilisé de la même façon. Ainsi, un ECA-MSU ne s'est pas servi de sa grille lors du visionnage.

MSU 3 : « moi, j'ai beaucoup l'habitude de la vidéo. Donc, je fonctionne avec mes propres... Je dirai mes propres grilles de lecture. »

Pour un autre ECA-MSU, l'utilisation de la grille était au centre du travail.

MSU 4 : « Ça permet de mieux fixer les items. Tu vois, quand on dit: « Eviter le jargon médical ». Bon, ça, c'est un truc qu'on pense tout le temps, nous. Mais... Bon, c'est noté là. Donc, à ce moment-là, on se dit : « Oui, ben, oui. Ecoutes. »

3.2.4.3 Limites à l'utilisation de l'outil

Les ECA-MSU ont évoqués certaines limites potentielles de l'utilisation de cet outil. La première d'entre elle est le temps nécessaire à la rétroaction.

MSU 1 : « on était un peu limité par le temps »

MSU 2 : « Par contre, c'était plus long que prévu. C'est bien une demi-heure par cas, donc c'est une heure et demi, que moi j'y ai passé toute seule pour voir les... Les vidéos toute seule. Et puis, avec (interne), on a mis une demi-heure aussi par cas.»

Certains ECA-MSU considéraient que le temps pris par cet outil n'était pas supérieur à celui d'une supervision classique bien conduite.

MSU 3 : *« de toute façon, moi dans les supervisions habituelles, je passe facilement au moins une heure et ça peut aller jusqu'à deux heures, et même des fois, ça a dépassé. Cette durée-là, elle ne me gêne pas en tant que telle. »*

L'anxiété des internes face à la vidéo a aussi été citée comme un obstacle potentiel.

MSU 1 : *« j'y mettrai juste une limite à la chose. C'est qu'il faut que l'interne soit à l'aise. Je suis sûre qu'avec certains internes, je n'aurai rien pu en tirer. Parce qu'il aurait été continuellement sur la défensive »*

Pour certains ECA-MSU, cette problématique n'est pas un obstacle et s'estompe alors que l'interne apprend à apprivoiser l'outil.

MSU 3 : *« C'est pas un outil de jugement de valeur. C'est vraiment un outil qui leur permet de... Quand ils ont bien compris ça, et que nous, on l'utilise de cette façon-là, habituellement, ça ne pose pas de problème. »*

MSU 4 : *« Je crois que, au fur à mesure que le temps passe, au fur et à mesure, les jeunes vont s'habituer à ça. On s'habitue... »*

3.2.4.4 Pistes d'améliorations de l'outil

Chaque ECA-MSU a évoqué des pistes d'amélioration de l'outil. La planification des rétroactions est citée pour palier au problème du temps pris par ces dernières.

MSU 1 : *« si c'était un outil qui était utilisé, je pense que ça serait programmé tous les jours ou tous les deux jours, en fin de journée ou à autre moment. Et que là, ça serait établi, et que la contrainte de temps, ne serait pas la même »*

L'intérêt de multiplier le nombre d'utilisations de l'outil a aussi été évoqué. Le fait d'en faire régulièrement serait une façon de consolider les acquis.

MSU 2 : *« Mais on en fait une fois par semaine, plutôt que de faire un débriefing comme on fait, ça peut être intéressant dans la mesure où on ne va voir que deux ou trois patients. »*

La multiplication des utilisations serait aussi un moyen d'habituer l'interne à la vidéo.

MSU 1 : *« Alors peut-être qu'en n'en faisant plus, ils seraient plus naturels. »*

Il a aussi été proposé des activités préalables pour apprivoiser la vidéo, calquée sur ce qui peut se faire en formation.

MSU 3 : *« Alors j'utilisais des techniques qui les permettaient de se familiariser progressivement pour que cette peur qu'ils ont de la vidéo s'en aille. Et que, quand on arrivait aux enregistrements, qu'ils puissent à ce moment-là, être tranquilles. Donc il y a avait des préalables... Des activités préalables avant l'enregistrement. »*

Un ECA-MSU a regretté ne pas avoir de place pour prendre des notes au niveau de la grille, afin de ne rien oublier et de planifier la supervision.

MSU 2 : *« J'ai regrettée qu'effectivement on n'ait pas la place de prendre des notes. Pour pouvoir justement, revoir dans la vidéo à quel passage c'était intéressant de s'arrêter, pour expliciter les critiques positives ou négatives. »*

Compte tenu de la durée prise par la supervision, au moins égale à celle du visionnage de la vidéo, certains ECA-MSU proposaient d'utiliser l'outil régulièrement mais sur une seule consultation par jour, en parallèle d'une supervision classique. Plusieurs, voire toutes les consultations seraient alors filmées.

MSU 3 : *« Mais, par exemple, d'utiliser une consultation dans la journée... Après il faudrait voir comment mais... En enregistrer plusieurs, puis en extraire une, et faire une supervision dessus... En plus de la supervision que l'on ferait sur les autres consultations, mais sans vidéo... Moi, ça me semble être tout à fait adaptable, ça. »*

MSU 4 : « *Alors, après le truc, faudrait le faire sur tous, et puis « tchouk », tirer une consult' au hasard. Voilà, pour se dire... Ben, voilà, c'est ce que je disais tout à l'heure. Est-ce que les internes font un peu mieux ce jour-là ?* »

Un ECA-MSU insistait sur l'importance d'associer vidéo, ALOBA et Grille de Calgary.

MSU 3 : « *La vidéo, je la présenterai toujours avec l'ALOA. (Interviewer : D'accord) Donc l'ALOA, et avec la grille de Calgary* »

Enfin, la question du positionnement de la caméra a été évoquée. Certaines analyses du non-verbal fin n'ont en effet pas été possible. L'ECA-MSU se pose tout de même la question de l'intérêt de cette amélioration.

MSU 4 : « *Comme je disais au début, il y a des choses qu'on ne filme pas complètement, mais... Je sais pas si vraiment c'est utile. Mais peut-être.* »

Réflexions autour de l'outil dans sa globalité

- **Apports pour la formation aux compétences relationnelles**
 - L'outil permet à l'interne de progresser dans les compétences relationnelles
 - L'outil est intéressant pour la formation des ECA-MSU
 - Retours positifs des ECA-MSU sur l'utilisation de l'outil
- **Apports de l'outil par rapport à une SODEV classique**
 - La formation des ECA-MSU est suffisante pour utiliser l'outil
 - Expérience antérieure en SODEV des ECA-MSU
 - L'outil est modulable dans son utilisation
- **Limites à l'utilisation de l'outil**
 - Les freins à la supervision vidéo
 - La contrainte de temps en supervision vidéo
- **Pistes d'améliorations de l'outil**
 - Les améliorations techniques de l'outil
 - Les améliorations de l'utilisation de l'outil

4 DISCUSSION

4.1 Sur nos résultats

4.1.1 Les axes forts du travail

Notre travail a permis de tester un nouvel outil pédagogique combinant supervision vidéo et utilisation de la grille d'entretien de Calgary-Cambridge. Cet outil a été testé en situation « réelle » auprès d'ECA-MSU et d'internes au sein d'une maison de santé.

Le choix de la forme de l'étude avait conduit à ne disposer que d'une faible population test. Celle-ci évoquait bien le paysage pédagogique français actuel : bien que s'agissant d'ECA-MSU chevronnés, aucun n'avait utilisé la supervision vidéo dans la formation des internes par le passé, et la moitié n'y avaient tout simplement jamais été confrontés.

Les résultats sont au-delà de nos espérances puisque l'ensemble des ECA-MSU plébiscitent notre outil dans sa forme actuelle. Malgré l'absence de formation spécifique reçue, aucun n'a été mis en difficulté.

Nous avons volontairement peu encadré le déroulement des supervisions, et chaque ECA-MSU a pu s'approprier l'outil. Il en a découlé des entretiens extrêmement riches, couvrant de très nombreux thèmes en rapport avec la supervision et l'usage de la vidéo notamment. L'intérêt de cet outil, déjà attendu après la revue de bibliographie, s'est confirmé.

Les limites techniques et humaines à l'usage de la SODEV ont pu par ailleurs être fortement minimisées par la forme donnée à l'outil, et les champs d'application étendus.

ECA-MSU et internes ont à présent à leur disposition un outil fiable, modulable, utilisable au quotidien, et apportant de nouvelles possibilités de

progrès dans l'enseignement des compétences relationnelles. Cet outil est prêt à accueillir d'autres apports innovants en pédagogie médicale, comme la démarche ALOBA. Son usage doit être généralisé.

4.1.2 Sur la supervision vidéo

4.1.2.1 L'outil prépare l'interne à la supervision

A. Houdusse, dans son travail de thèse réalisé parallèlement au nôtre,(44) a pu montrer les intérêts et les limites de cet outil utilisé en auto-évaluation chez les internes. L'utilisation conjointe de la vidéo et de la grille de Calgary Cambridge améliorent effectivement la qualité de l'auto-évaluation. Par ailleurs, la prise de conscience de ses incompétences crée chez l'interne un « besoin de supervision ». La progression dans les compétences relationnelles nécessite alors souvent un apport sous la forme d'une supervision par l'ECA-MSU.

Du point de vue des ECA-MSU, il apparaît d'abord que le travail préalable de l'interne améliore la qualité de la supervision en le rendant plus accessible aux remarques de l'ECA-MSU. Cela est sans doute lié au fait que l'interne constate lui-même certaines incompétences. L'intérêt de cette démarche réflexive pour améliorer l'autoévaluation concorde avec les données de la littérature.(51)

En dehors de ses scotomes, l'interne est également davantage capable d'apporter du matériel à l'ECA-MSU sous forme d'objectifs de progression. Ce point a été souligné par L. Dumange dans son travail réalisé parallèlement au notre.(45) Ce travail préalable est sans doute très facilitateur pour l'ECA-MSU.

L'outil, en préparant l'interne à la supervision de l'ECA-MSU, rend donc cette dernière plus efficace.

4.1.2.2 L'outil aide l'ECA-MSU durant la supervision

Notre travail portait essentiellement sur l'amélioration de la qualité de la supervision des ECA-MSU.

Le premier point d'amélioration a été de rendre accessible le non verbal et les attitudes des internes. Si ce point a été cité, c'est sans doute qu'un travail sur les attitudes n'est autrement possible qu'en supervision directe classique, où l'ECA-MSU est souvent pris dans la consultation. La possibilité de revoir la vidéo au gré de la supervision et de montrer ses attitudes à l'interne est également probablement facilitateur. Les réflexions des internes vont dans ce sens. (45) Enfin, on a vu que la présence de l'ECA-MSU dans la consultation modifie le comportement de l'interne.(33)

L'intérêt spécifique de l'outil pour l'évaluation des compétences verbales de l'interne passe probablement par les mêmes mécanismes. Nous pensons que dans ces objectifs, c'est bien l'association de la grille de lecture et de la vidéo qui permet la puissance de l'outil. Ainsi, la vidéo rend les incompétences visibles, puis la grille permet de « fixer » ce constat. Cela va dans le sens d'un ECA-MSU qui souhaitait un espace sur la grille pour pouvoir noter ses commentaires au fur et à mesure.

Les ECA-MSU soulignent également le rôle central qu'à eu le visionnage commun des vidéo lors de la supervision en leur permettant d'illustrer les problématiques.

Cette capacité d'illustrer un problème vu par l'interne ou l'ECA-MSU, ou encore d'axer la supervision sur les évaluations discordantes, est régulièrement citée comme un apport spécifique de notre outil, permettant de lever certains scotomes là où une supervision classique avait échouée. Cette donnée est retrouvée dans la littérature.(31)

La levée des scotomes, objectif de toute supervision, est rendue particulièrement ardue par la position de « juge » pouvant facilement être attribuée par l'interne à l'ECA-MSU, et occasionnant un blocage. En impliquant davantage l'interne dans la démarche pédagogique, notre outil facilite grandement le travail de l'ECA-MSU.

L'outil a également permis aux ECA-MSU d'observer les patients et d'explicitier leurs préoccupations aux internes. Cet apport, très porteur, est quasi-spécifique à l'outil puisqu'il paraît bien difficile d'arrêter une consultation en supervision directe classique pour expliciter les attitudes d'un patient. La discussion à posteriori est également difficile pour l'ECA-MSU, faute de matériel pour expliciter son discours.

La grille a eu un rôle central dans les supervisions. Bien que la compréhension de certains items n'ait parfois divergé entre interne et ECA-MSU, elle a favorisée la lecture de la vidéo et servi de support aux discussions. Pour nous le fait que la grille de Calgary Cambridge soit déjà largement diffusée, validée et utilisée en est la cause. Il s'agissait d'un outil simple que pouvait facilement s'approprier les utilisateurs. Son efficacité dans l'amélioration des processus de communication n'est plus à démontrer.(38)

4.1.2.3 L'outil est modulable

Nous avons pu voir que l'outil était utilisé de façon différente selon les aptitudes et expérience antérieures de l'ECA-MSU. Dans la littérature, les séances de SODEV sont souvent très encadrées.(27)

Cette variété d'utilisation a été permise par un protocole volontairement peu restrictif sur le déroulement du visionnage et des supervisions. Cela montre sans doute que les ECA-MSU peuvent s'approprier l'outil et adapter son usage à

leur besoin et à leur niveau de formation dans l'enseignement des compétences relationnelles.

4.1.2.4 L'outil est prêt pour l'ALOA

En dehors d'un ECA-MSU connaissant l'ALOA et l'associant spontanément à la vidéo, cette technique n'a pas été évoquée par les ECA-MSU. Nous ne pouvons pas dire que les autres ECA-MSU ont adopté spontanément cette méthode dans leur rétroaction.

Cependant, on note dans leur discours de nombreux éléments entrant dans le cadre d'une démarche type ALOA(21) : tenir compte de l'agenda de l'interne, de ses objectifs. L'associer à la recherche et à la résolution des problèmes. Adopter une démarche bienveillante et empreinte de non jugement, valorisant le travail de l'interne...

Il est intéressant de constater que les internes ici exposés à l'outil décrivent un vécu similaire d'auto-évaluation formative(44) et de relation ancrée dans le non jugement, facilitatrice et diminuant l'anxiété inhérente au travail de SODEV.(45)

Voir se reformer en partie le schéma de l'ALOA spontanément montre la puissance de l'outil pour améliorer la qualité de la rétroaction. Il nous semble alors certain que les ECA-MSU bénéficiant par la suite d'une formation à l'ALOA pourront développer encore davantage les nombreux atouts de ce schéma d'aide à la supervision.

4.1.2.5 L'outil est efficace

Les ECA-MSU ont surtout salué l'intérêt de l'outil dans ses apports spécifiques. Notamment, son efficacité pour l'amélioration des compétences relationnelles et dans la résolution des scotomes.

Ces résultats étaient attendus, dans la mesure où les apports de la vidéo et de la grille de Calgary Cambridge ont déjà été bien étudiés dans la littérature. On constate que de nombreuses enquêtes réalisées au Canada auprès d'anciens résidents ont montré, de leur point de vue, l'impact positif sur l'acquisition d'habiletés relationnelles.(31,32)

Les bénéfices de l'utilisation de la vidéo sont par ailleurs décrits comme durables(28) bien que nous ne manquions de recul pour constater la persistance des acquis dans cette étude.

Tout semble donc concorder pour pouvoir transposer les acquis anglo-saxons sur l'intérêt de la supervision vidéo en France.

4.1.2.6 L'outil est bien accueilli par les ECA-MSU

Bien que tous les ECA-MSU n'aient pas forcément été initialement très convaincus par l'intérêt de l'outil, suite à cette étude leurs retours sont unanimement positifs.

Ce résultat n'est pas retrouvé dans la littérature Française. Ainsi, dans la thèse d'E.Pailhe, le bilan d'utilisation de la SODEV était mitigé et les obstacles à la généralisation de son utilisation toujours importants. (Temps d'utilisation, manque de formation à l'enseignement des compétences relationnelles etc.)(34)

Nous pensons que ce revirement de situation est dû à la forme prise par l'outil permettant à la fois flexibilité et facilité d'utilisation. Pour nous, il s'agit de l'un des principaux succès de cet outil, permettant la généralisation de son utilisation.

Par ailleurs, les ECA-MSU ont trouvé l'utilisation de l'outil riche d'enseignements pour leurs propres pratiques. Il ne s'agissait pas d'un objectif de notre étude et nous ne pouvons pas conclure quant à l'efficacité réelle de

l'outil pour améliorer les pratiques des ECA-MSU. Cependant, l'intérêt ressenti de l'outil pour améliorer la pratique des maîtres de stage devrait encore davantage en faciliter la diffusion auprès de ces derniers.

4.1.3 Sur les obstacles à l'utilisation de l'outil

4.1.3.1 Les limites techniques de l'outil

Les ECA-MSU ont tout de même noté quelques limites techniques à l'outil qui doivent être discutées ici.

La toute première est le problème du positionnement de la caméra. Elle doit en effet permettre d'observer à la fois patient et interne, pour visualiser leurs interactions. Nous avons choisi de placer la caméra de façon à ce que patient et interne soient vu de côté. Cela rend difficile l'accès au non verbal fin, notamment aux expressions faciales de l'interne. Cependant, une position permettant une meilleure observation de l'interne verrait alors le patient de dos, ce qui serait préjudiciable. Aussi, le positionnement choisi nous semble un bon compromis pour une utilisation générale de l'outil.

Le problème d'un son de mauvaise qualité gênant la supervision est également cité dans la littérature.(34) Dans notre étude, un seul ECA-MSU a constaté des problèmes de son, mais il a visualisé l'enregistrement dans son bureau et non directement sur le matériel fourni (qui disposait de haut-parleurs de meilleure qualité). Les autres ECA-MSU, et internes (45) ayant trouvés le son et l'image de bonne qualité, cela nous conforte dans l'opinion qu'une installation fixe de qualité est préférable pour pouvoir utiliser l'outil dans de bonnes conditions.

Le coût de l'outil (ici 2121€) peut aussi être un frein à sa diffusion. En faisant le choix d'installer notre outil au sein d'une maison de santé, nous espérons compenser cet obstacle par la large diffusion que permet cette

structure de par son rôle d'enseignement. Ainsi, au moins 6 internes par semestre pourraient en bénéficier, auprès de 4 ECA-MSU différents, sans déplacer l'installation.

La création d'outils similaires au sein de structures de formation d'une taille conséquente permettrait de limiter la facture et de couvrir un maximum d'étudiants.

4.1.3.2 L'outil est acceptable pour les internes

4.1.3.2.1 Sur la peur du jugement

Les ECA-MSU ont évoqué la crainte que l'outil ne soit anxiogène pour l'interne par peur du jugement de l'ECA-MSU. Ils ont d'ailleurs mis en œuvre des stratégies pour éviter cet écueil. Cette problématique est bien évoquée dans la littérature.(32)

Dans notre étude, aucun élément dans le discours des ECA-MSU n'est finalement venu confirmer que la peur du jugement chez les internes avait pu être un obstacle à la supervision. L. Dumange, dans son travail de thèse parallèle au notre portant sur les internes,(45) a pu identifier des éléments de peur du jugement n'ayant jamais été un obstacle à l'utilisation de la vidéo.

La littérature suggère qu'un climat de confiance et de respect établi avec le superviseur soit facilitateur en SODEV.(32) Nous supposons que le fait d'utiliser ici l'outil sur le terrain de stage habituel de l'interne, avec son ECA-MSU, est particulièrement rassurant et peut sans doute expliquer ce succès.

Dans la mesure où cette relation de confiance superviseur-supervisé est réputée faciliter l'enseignement(51) nous suggérons d'utiliser au maximum cet outil dans un contexte rassurant pour l'interne.

4.1.3.2.1 Sur la peur de l'image de soi

Nous avons évoqué la peur de l'image de soi chez les internes. C'est également une donnée bien renseignée et considérée comme quasi systématique dans la littérature.(32) Cet élément est considéré comme variable en fonction des internes et s'amenuisant avec le temps.(32)

C'est aussi le retour que nous avons eu au cours de cette étude tant du point de vue des ECA-MSU, que des internes.(44,45) Dans la mesure où cela n'a pas été un obstacle à l'utilisation de l'outil, nous ne pouvons donc que suggérer de multiplier les supervisions vidéo pour habituer les internes à leur image.

4.1.3.3 L'outil est acceptable pour les patients

La vidéo par les patients a été très bien acceptée au cours de notre étude, avec 93% d'accord. Ce chiffre concorde avec la littérature anglo-saxonne qui donne 90% d'acceptation à la SODEV si le patient a bien été informé.(52) D'autres études relativisent ces chiffres et pensent qu'il s'agit là d'un abus de la relation médecin patient, et que les chiffres baissent si le praticien fait attention à ne pas faire pression sur le patient lors de la demande du consentement.(53)

Aucun élément de l'étude ne laisse à penser que les patients participants n'aient été gênés par la caméra. Nous considérons donc que l'acceptabilité par les patients de l'outil est bonne. Des explications sont proposées dans la littérature pour expliquer cette bonne acceptation : les patients pourraient être motivés par le fait de participer à la formation de l'interne, ou rassurés sur l'utilisation de la vidéo, voire considérer sa relecture par l'ECA-MSU comme un « deuxième avis ».(34)

Les résultats obtenus ici nous semblent sur ce plan tout à fait transposables hors de l'étude vu l'importance de la série, ainsi que les conditions de réalisation similaires à un stage classique : les demandes de consentement étaient effectuées par l'interne sans sélection préalable des patients.

4.1.3.4 L'outil peut être utilisé régulièrement

La contrainte de temps liée à l'utilisation de la SODEV est le principal obstacle cité par les ECA-MSU à l'utilisation régulière de cette technique dans la littérature.(27,34)

Cette contrainte a été citée par les ECA-MSU lors de l'utilisation de notre outil, cependant tous s'accordent à dire qu'il ne s'agit pas d'un obstacle rédhibitoire. La planification de son utilisation serait pour les ECA-MSU la solution à ce problème.

Nous pensons tout d'abord que l'utilisation d'un outil fixe et facile d'utilisation a permis de lever une partie de la contrainte de temps liée à l'installation et à la désinstallation du matériel ainsi qu'à la résolution d'éventuels problèmes techniques.

Par ailleurs, le fait qu'internes et ECA-MSU puissent travailler en partie indépendamment raccourcit peut-être la durée de la supervision (les objectifs peuvent être en partie définis à l'avance, il n'est pas forcément nécessaire de revoir toute la consultation ensemble). Enfin, cette indépendance rend très certainement l'utilisation de l'outil plus flexible et donc, moins contraignante. Il est tout de même certain qu'une supervision prend forcément du temps, ce qui est également vrai pour une supervision classique.

La planification d'un temps de supervision est citée comme un moyen de diminuer la contrainte de temps dans la littérature. (26) La programmation de temps suffisants dédiés à la formation de l'interne paraît un pré requis indispensable à la fonction d'ECA-MSU.

4.1.3.5 L'outil ne nécessite pas de nouvelle formation

Aucun des ECA-MSU n'a eu de formation spécifique à la supervision vidéo des internes, ni à l'utilisation technique du matériel. Tous ont cependant utilisés l'outil sans problème.

Sur un plan purement technique, cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une installation à demeure. Elle nécessitait donc peu de manœuvre de mise en route, et nous avons simplifié au maximum les manipulations. (Aucun branchement en dehors de la vidéo par exemple) Un tutoriel simple, et clair, avec de nombreuses photo, (Annexes 4 et 5) était par ailleurs à disposition des utilisateurs, et il a pu faire ses preuves durant l'étude.

D'autres études avaient par le passé présentées des difficultés techniques de mise en œuvre,(34) mais il s'agissait d'outils mobiles plus complexes (et long) à installer.

Sur le plan de la SODEV, nous pensons que le couplage vidéo/grille de Calgary Cambridge, qui différencie notre travail de ceux retrouvés dans la littérature, est la cause de ce succès. Dans la thèse de E. Pailhe par exemple, les ECA-MSU avaient manifesté leur manque de formation à la communication.(34) La présence de la grille de Calgary Cambridge dans notre étude viendrait combler ce manque et guider l'ECA-MSU dans sa « lecture » de la vidéo.

4.2 Sur notre travail

4.2.1 Le choix d'une maison de santé

Choisir une maison de santé comme cadre de notre travail avait de nombreux avantages.

- Présence d'un bureau de consultation dédié aux internes, dans lequel nous pouvions installer du matériel d'enregistrement vidéo fixe.

- Présence de 4 ECA-MSU et d'un turn-over important d'internes, permettant un recrutement le plus large possible au sein d'une structure unique.

- Facilités de financement. Les maisons de santé ont souvent une vocation d'enseignement. Le matériel a ici été financé par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers.

4.2.2 Le choix d'un travail qualitatif

Ce travail explorait le point de vue des ECA-MSU sur l'intérêt de notre outil pour améliorer la supervision vidéo dans la formation à la communication. Il devait donc pouvoir faire ressortir les spécificités propres au ressenti de chacun, et tenir compte de tous les points évoqués.

Afin d'être la plus exhaustive possible, l'intervention devait être peu dirigiste et excluait donc tout questionnaire fermé diminuant obligatoirement la diversité des informations. Par ailleurs, du fait de la petite taille de l'échantillon étudiée, il était important de pouvoir faire au maximum ressortir la richesse des points de vue de chaque intervenant.

Dans cette optique, un travail quantitatif utilisant des entretiens semi-directif était le plus adapté, permettant des réponses libres de la part des ECA-MSU. La richesse du verbatim montre l'intérêt de ce choix. Une seule information donnée par entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires.(54)

Nous avons été intransigeants dans le choix de la méthode d'analyse afin de limiter les biais au maximum. Ainsi, l'utilisation d'un logiciel type

CAQDAS, la triple analyse de tous les entretiens et le schéma d'analyse en 3 temps assurent une objectivité maximale à nos conclusions.

4.2.3 Biais et limites du travail

4.2.3.1 Biais de recrutement

Le premier et principal biais de cette analyse est lié à la faible taille de son échantillon (4 ECA-MSU). Bien que nous soyons arrivés à saturation des thèmes, nous ne pouvons être sûrs d'avoir obtenu la saturation des données. Ce biais est la conséquence directe du choix des auteurs sur la forme de l'outil : l'installation vidéo est fixe et limite donc le recrutement. Par ailleurs, le Comité Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Charente nous a interdit de sortir les données vidéo, ce qui ne nous a pas permis d'inclure les autres ECA-MSU des internes participants. (Nous aurions alors pu recruter au maximum 8 nouveaux ECA-MSU)

Le choix des participants a été fait en fonction d'un critère géographique (lieu d'installation) qui peut limiter la pertinence de la population de MSU étudiée ici. Dans la mesure où aucun des ECA-MSU recruté n'avait fait de SODEV avec des internes auparavant, nous pensons que ce biais n'influence pas la pertinence de leur réponse sur le sujet étudié.

L'un des ECA-MSU participant à l'étude est aussi Président de notre jury. Il n'a pas été sollicité pour le choix du protocole, de la méthode d'analyse ou bien la relecture de notre travail. Nous avons choisis de l'inclure malgré ce biais car il est le seul des ECA-MSU à être formé à l'usage de la vidéo, afin d'apporter un regard différent sur notre projet.

4.2.3.2 Biais liés à l'analyse des entretiens

Les 3 analystes étaient impliqués dans des travaux sur la supervision vidéo et cette implication a pu influencer leur lecture des entretiens. Cependant, le choix d'une triple analyse et les multiples relectures d'un schéma en 3 temps limitent fortement ce biais.

4.2.3.3 Biais liés à l'interviewer

L'interviewer est également l'auteur de cette thèse. Ses questions lors de l'entretien semi directif ont pu influencer les réponses des interviewés, et il a pu interpréter les réponses données dans le sens de ses propres opinions.

Cependant, le choix d'entretiens semi-directifs et donc volontairement peu dirigistes, associé à une grille d'entretiens peu fermée et à un usage fréquent des reformulations lors des entretiens limite ce biais. Nous pensons que la richesse des thèmes retrouvés dans le verbatim, dont la plupart ne figuraient pas dans la grille d'entretien, en est la preuve.

4.2.3.2 Biais liés au choix des interviewés

Tous les ECA-MSU sollicités ont acceptés de participer à l'étude, il n'y a donc pas eu de biais de sélection en ce sens. L'auteur tiens cependant à signaler qu'il connaissait les ECA-MSU participants et que cela a pu influencer leur libre choix quant à l'acceptation de participation, ainsi que leurs réponses lors des entretiens.

4.2.3.3 Biais liés au recrutement des patients

La participation des patients à l'étude a été très bonne. Nous pouvons cependant nous demander si les patients participants étaient représentatifs de la population générale, dans le sens où ils acceptaient à la base de rencontrer un

interne à la place de leur médecin habituel. Il est donc possible qu'ils n'aient été plus sensible à la formation des internes et donc plus facilement sujet à accepter de participer à l'étude.

Cependant, en l'absence de sélection particulière des patients, ces résultats nous semblent transposables aux autres activités d'enseignement ambulatoire pratiquées en France actuellement.

4.3 Propositions suite à notre travail

4.3.1 Sur les améliorations de l'outil

L'outil tel que proposé dans cette étude a bien remplis ces objectifs. Il rend la supervision vidéo accessible à des personnels peu formés. Son usage est également plus modulable et moins chronophage. Nous pouvons cependant après ce travail proposer quelques pistes d'amélioration.

Concernant le coût du matériel, nous pensons qu'il soit possible de faire aussi bien avec un budget plus serré étant donné les progrès technologiques actuels et la réduction du coût des produits hi-tech. L'importance d'une qualité d'enregistrement sonore doit être prise en compte dans cette amélioration, car les outils précédents avaient montrés leurs faiblesses sur ce plan.

L'utilisation d'un matériel « mobile » faciliterait la diffusion de l'outil. Cependant, les précédents essais français en SODEV avec ce type de matériel avait posés des problèmes techniques lors de l'installation, et les temps de mise en œuvre/ désinstallation sont parfois considérés comme chronophage par les ECA-MSU.(34) Par ailleurs, notre outil a été accepté par le CDOM au titre qu'il était fixe justement. Enfin, les Canadiens, précurseurs dans ce domaine, utilisent des salles dédiées et non du matériel mobile...

Le problème du champ de la caméra pour certaines évaluations spécifiques ayant été soulevé, il est tout à fait réalisable de proposer un outil équivalent avec plusieurs socles de fixation pour la caméra permettant une adaptation du matériel aux objectifs de supervision, au prix d'une petite complexification de l'installation.

Afin de favoriser la prise de note lors du visionnage des vidéos, et d'améliorer encore la qualité de la supervision, il paraît licite de proposer à l'avenir une version de la grille de Calgary Cambridge disposant d'un espace réservé à cet effet.

Pour améliorer encore l'utilisation de l'outil, la formation des ECA-MSU aux dernières techniques d'aide à la supervision paraît complémentaire de notre outil. La technique ALOBA, en particulier, améliore la qualité de la SODEV.

4.3.2 Sur l'utilisation de l'outil

Nous avons vu l'importance d'une planification du temps de supervision par l'ECA-MSU pour que ce travail puisse être de bonne qualité. Bien qu'ayant optimisé cet outil pour en réduire le caractère chronophage, il sera toujours important que les Facultés de Médecine insistent auprès des ECA-MSU sur l'importance de ce temps pour la qualité de la pédagogie. Cela est un pré requis indispensable à l'utilisation d'outils tels que le nôtre.

Les ECA-MSU ont proposés de nombreuses stratégies d'utilisations de l'outil dans ce travail. (Utilisation quotidienne, hebdomadaire, filmer toutes les consultations ou non etc.) Notre étude ne nous permet pas de conclure quand à une stratégie devant être préférée. Nous pensons que l'une des richesses de cet outil est justement son adaptabilité aux besoins des ECA-MSU et des internes.

Concernant le caractère potentiellement anxiogène de la vidéo pour les internes, plusieurs stratégies d'adaptation sont proposées dans la littérature, telle que la multiplication des séances en vue d'habituer l'interne ou bien la participation préalable à des jeux de rôles. (27) Dans son travail de thèse parallèle au notre, A. Houdusse a testé une méthode innovante consistant à proposer une utilisation en autoévaluation seule initialement. L'objectif était de limiter l'anxiété liée à la peur du « jugement » par l'ECA-MSU.(44) Il a été montré que l'auto-évaluation de l'interne améliore la qualité de la supervision mais ne peut être utilisée de façon autonome et trouve tout son sens dans la supervision par l'ECA-MSU qui suit naturellement ce travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rogers C. Client-centered therapy: its current practice, implications and theory. London: Constable; 2003.
2. Balint M. The doctor, his patient and the illness. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
3. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Abingdon, U.K.: Radcliffe Medical Press; 2003.
4. Pendleton D, editor. The new consultation: developing doctor-patient communication. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003. 143 p.
5. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ. 2009 Jan 29;30(2):83–9.
6. Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, version consolidée au 24 mars 2012. p. article 9.
7. Frankel RM. Communicating with Patients: Research shows it makes a difference. 1994; Deerfield, IL.
8. Canada, Santé Canada . Outils de communication I: une meilleure communication médecin - patient pour de meilleurs résultats auprès des patients. [Ottawa]: Santé Canada; 2001.
9. Canada, Santé Canada , Allium Consulting Group Inc. Outils de communication II : la communication efficace- à votre service. [Ottawa]: Santé Canada; 2001.
10. Référentiels métiers et compétences médecins généralistes , sages-femmes et gynécologues - obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
11. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg [Internet]. 2002 [cited 2014 Oct 12]; Available from: http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Definition_Europeenne_de_la_Medecine_Generale_Wonca_Europe_2002.pdf
12. Parthenay P. Harmonisation d'un module d'enseignement sur la relation médecin-patient [Internet]. Poitiers; 2009 [cited 2014 Oct 11]. Available from: <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/DIU-pedagogie/Parthenay.pdf>
13. Mantz JM, Vattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Groupe de travail de la Commission XV (Ethique et Responsabilité Professionnelle [Internet]. Académie Nationale de Médecine.; 2006 [cited 2014 Oct 12] p. 1999–2012. Report No.: 190. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2006.9.pdf>
14. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 2004 May;5(2):110–26.
15. Côté L. La supervision des résidents en médecine familiale. Compétences et qualités. Can Fam Physician. 1993;39:366.

16. Superviser un stagiaire, document d'information destiné aux superviseurs de stagiaire, Consortium national de formation en santé, Volet Université d'Ottawa [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 12]. Available from: <http://www.sante.uottawa.ca/pdf/brochure-super-stagiaire.pdf>
17. Jones A. Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary. *J Nurs Manag*. 2006 Nov;14(8):577–85.
18. Rodet J. La rétroaction, support d'apprentissage ? *DistanceS*. 2010;4(2).
19. Ramaprasad A. On the definition of feedback. *Behav Sci*. 1983 Jan;28(1):4–13.
20. Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA J Am Med Assoc*. 1983 Aug 12;250(6):777.
21. Learning to give feedback in medical education - Chowdhury - 2011 - The Obstetrician & Gynaecologist - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2014 Oct 6]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.6.4.243.27023/pdf>
22. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P. Les outils pédagogiques pour le stage des résidents au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie Médicale*. 2002 Feb;3(1):33–7.
23. Petite E. Obstacles à la supervision indirecte en SASPAS à Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration [thèse d'exercice de médecine]. Grenoble; 2010.
24. Griffiths RD. Videotape feedback as a therapeutic technique: retrospect and prospect. *Behav Res Ther*. 1974 Feb;12(1):1–8.
25. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NC, Verby J, Wallace BB. Teaching with audiovisual recordings of consultations. *J R Coll Gen Pract*. 1980 Jun;30(215):333–6.
26. 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.
27. Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale [thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux 2; 1998.
28. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I—Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J Clin Res Ed*. 1986;292(6535):1573–6.
29. Campbell LM, Howie JG, Murray TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract*. 1995 Mar;45(392):137–41.
30. Vivekananda-Schmidt P, Lewis M, Coady D, Morley C, Kay L, Walker D, et al. Exploring the use of videotaped objective structured clinical examination in the assessment of joint examination skills of medical students. *Arthritis Rheum*. 2007 Jun 15;57(5):869–76.
31. Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale... l'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale*. 2001 Nov;2(4):199–205.
32. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 2001;47:2494.

33. Balint M, Valabrega J-P. Le Médecin, son malade et la maladie . Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996. p. 418.
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 [thèse d'exercice de médecine]. 2012 [cited 2013 Jun 25]; Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663266/>
35. De Jongh N, Valette T, Birault F, Binder P, Parthenay P, Bornert-Estrade C, et al. Création d'un Outil de Supervision Vidéo pour l'Apprentissage des Compétences Relationnelles. Bordeaux; 2012.
36. Kurtz S, Silverman JD, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Genève: Médecine et hygiène; 2010.
37. Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract. 1997 Aug;14(4):295–301.
38. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2003 Aug;78(8):802–9.
39. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé . Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
40. Côté L, Savard A, Bertrand R. [Evaluation of the physician-patient relationship competence. Development and validation of an assessment instrument]. Can Fam Physician Médecin Fam Can. 2001 Mar;47:512–8.
41. Segard H. Etude prospective de l'évaluation des apprentissages du séminaire "relation médecin-patient" en autoévaluation [thèse d'exercice de médecine]. [Internet]. [Poitiers]: Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers; 2013 [cited 2014 Oct 12]. Available from: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_segard.pdf
42. Carnet-de-stage-Saspas-niveau-2. UNIVERSITE DE PARIS XII - VAL DE MARNE; 2014 [cited 2014 Oct 12]. p. 44–6. Available from: http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2014/03/1405_Carnet-de-stage-Saspas-niveau-2.pdf
43. Millette B, Galarneau S, Lussier M-T, Richard C. L' « ALOBA » : « Agenda-Led, Outcome-Based Analysis » Une stratégie de rétroaction constructive et proactive pour l'apprentissage de la communication professionnelle en situation clinique [Internet]. CNGE; 2009 [cited 2014 Oct 11]; Toulouse. Available from: <http://www.sifem.net/images/stories/pdf/doc-accomp-aloba-juin2010-vers-mod-18juin.pdf>
44. Houdusse Augustin. 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 de médecine]. Poitiers; 2014.
45. Dumange, Laetitia. 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 de médecine]. Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers; 2014.

46. Miles MB , Huberman AM , Hlady Rispal M , Bonniol J -J. Analyse des données qualitatives . Bruxelles; [Paris]: De Boeck université; 2003.
47. Giannelloni J-L, Vernet E. Études de marché. Paris: Vuibert; 2012.
48. Pellemans P, Moreau J-P de., Obsomer C. Recherche qualitative en marketing: perspective psychoscopique. Bruxelles; [Paris]: De Boeck université; 1999.
49. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2004. 413 p.
50. Berelson B. Content analysis in communication research. New York: Hafner Press; 1984.
51. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. Pédagogie Médicale. 2008 Aug 8;9(1):19–31.
52. Campbell LM, Murray TS. Videotaped consultations. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 1995 Nov;45(400):631.
53. Servant JB, Matheson JA. Video recording in general practice: the patients do mind. J R Coll Gen Pract. 1986 Dec;36(293):555–6.
54. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'enquête et ses méthodes l'entretien Paris: Nathan; 1992.

ANNEXES

Annexe 1 : Principes directeurs de ALOBA.

PRINCIPES DIRECTEURS DE ALOBA <i>(Agenda-Led Outcome-Based Analysis)</i>
ORGANISER LE PROCESSUS DE LA RÉTROACTION • Débuter avec les objectifs d'apprentissage de l'apprenant Demander quels problèmes l'apprenant a vécu et quelle aide il désire obtenir du groupe. • Regarder les buts que tentent d'accomplir, d'une part l'apprenant, d'autre part le patient Discuter avec l'apprenant ce qu'il vise et comment il peut y arriver ; une communication efficace dépend toujours de ce que l'interviewer et le patient tentent de faire. • Privilégier l'auto-évaluation et l'auto-résolution de problèmes Permettre à l'apprenant de faire ses propres suggestions avant que le groupe ne partage ses idées. • Impliquer l'ensemble du groupe dans la résolution de problèmes Encourager les membres du groupe à travailler ensemble afin d'aider non seulement l'apprenant, mais eux aussi, éventuellement confrontés à des circonstances similaires.
DONNER UNE RÉTROACTION UTILE ENTRE NOUS • Utiliser une rétroaction descriptive afin de favoriser une atmosphère sans jugement Une rétroaction descriptive assure des commentaires spécifiques et non empreints de jugement et prévient la généralisation vague. • Donner une rétroaction équilibrée Encourager tous les membres du groupe à donner une rétroaction équilibrée sur ce qui a bien fonctionné et sur ce qui a moins bien fonctionné, afin d'offrir du soutien et de maximiser l'apprentissage. Nous apprenons autant par l'analyse de ce qui fonctionne que par celle de ce qui ne fonctionne pas. • Faire des propositions et des suggestions ; générer des alternatives Faire des suggestions plutôt que des prescriptions et les refléter à l'apprenant ; penser en terme d'approches alternatives. • Être bien intentionné, valorisant et encourageant Il est de la responsabilité du groupe d'être respectueux et sensible l'un envers l'autre.
S'ASSURER QUE L'ANALYSE ET LA RÉTROACTION PERMETTENT UNE COMPRÉHENSION APPROFONDIE ET UN DÉVELOPPEMENT D'HABILITÉS SPÉCIFIQUES • Jouer les suggestions Essayer d'autres façons d'exprimer une idée et pratiquer les suggestions ; pour susciter un changement dans la pratique, l'apprentissage de n'importe quelle habileté requiert l'observation, la rétroaction et la répétition. • Valoriser l'entrevue comme un don de matériel d'apprentissage pour le groupe entier Explorer, à partir d'une situation clinique vécue par un des membres du groupe, les problèmes de communication inhérents à la situation et pertinents au vécu de tout le groupe. Il s'agit d'un partage de difficultés qui permet l'apprentissage de nouvelles habiletés pour le groupe. L'apprenant ne devrait pas être constamment le centre de l'attention : tous les membres du groupe ont la responsabilité de faire et de pratiquer des suggestions. • Élaborer sur la théorie, les évidences de recherche et permettre des discussions plus larges sur les sujets et les situations abordés Offrir de discuter, aux moments opportuns, sur des concepts, des principes et des évidences de recherche, afin d'approfondir l'apprentissage du groupe et de resituer les apprentissages dans une perspective plus large. • Structurer et résumer les apprentissages pour conclure de manière constructive Structurer et résumer les apprentissages tout au long de la session en faisant référence à l'approche Calgary-Cambridge et permettre aux apprenants de lier les habiletés individuelles travaillées au cadre conceptuel global.

Annexe 2 : Poster présenté au congrès du CNGE de Bordeaux - 2011.



Création d'un Outil de Supervision Vidéo pour l'Apprentissage des Compétences Relationnelles



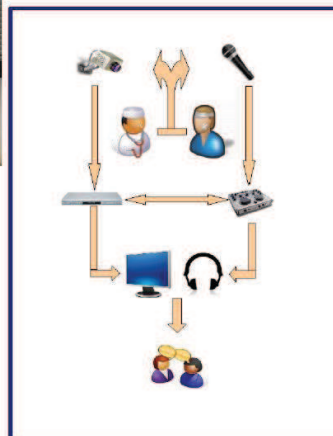
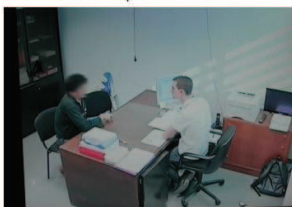
Nicolas de JONGH (IMG), Dr Thierry VALETTE, Dr François BIRAULT, Dr Philippe BLINDER, Dr Pascal PARTHENAY, Dr Célia BORNERT-ESTRADE, Dr Andréa POPPELIER, Dr Xavier LEMERCIER, Pr José GOMES
Département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Poitiers

Introduction :

Les compétences relationnelles font partie des compétences du médecin généraliste décrites dans le référentiel métier CNGE 2009. Leur acquisition est indispensable, en particulier au cours du 3e cycle de médecine générale. Il existe en France peu d'outils validés pour aider à l'acquisition de ces compétences. La supervision vidéo est utilisée avec succès dans ce but à l'étranger. Les auteurs proposent donc de créer un outil, adapté aux besoins de formation des internes en médecine générale en matière d'acquisition des compétences relationnelles.

Objectifs :

- 1 : Mise en place d'un outil de supervision vidéo, première étape de création du futur outil pédagogique.
- 2 : Décrire les modalités pratiques et les difficultés de cette réalisation.
- 3 : Evaluer la faisabilité du projet via un recueil des perceptions des patients et internes confrontés à la supervision vidéo.



Installation matérielle :

Le matériel suivant a été fourni par la faculté de médecine de Poitiers:

- 1 caméra vidéo de bonne qualité, montée sur support mural.
- 1 câble vidéo de 5m
- 1 écran vidéo indépendant
- 1 lecteur-enregistreur-graveur vidéo (+ 2 câbles audio jack-RCA et 1 câble vidéo)
- 1 table de mixage (réglage, enregistrement et distribution de la prise de son)
- 2 micros sans support et leurs câbles de 5m ainsi que 2 rallonges de 5m
- 1 paire de haut-parleurs

Le coût total du matériel est ici de 2121€ hors l'installation, faite par nos soins. Une installation de moins bonne qualité, plus légère et moins onéreuse, est bien entendu envisageable.

L'ensemble du matériel est installé dans une salle de consultation dédiée, permettant:

- une prise de son de bonne qualité depuis les différents points de la pièce.
- une couverture vidéo orientable selon les besoins. (ici, bureau de consultation seul)
- une proximité de l'interne pour faciliter l'usage durant la consultation.
- une disposition permettant la supervision indirecte sur place après la consultation.

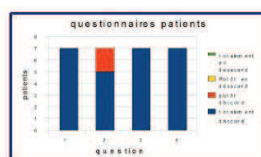
Les principaux éléments (écran, micros, câbles en vue) sont amovibles permettant une installation/désinstallation en 3 minutes environ.



Évaluation :

Une fois le matériel en place, il a été procédé à des enregistrements test.

L'enregistrement a été proposé à 7 patients, qui ont tous accepté. Ils proviennent de l'agenda de consultation de l'auteur, en stage chez le praticien de niveau 2 (SASPAS), sur des plages horaires non dédiées.



	Vous êtes :			
	Totalement en désaccord	Partiellement en désaccord	Partiellement d'accord	Totalement d'accord
Le matériel vidéo est simple d'utilisation				X
Je n'ai pas été gêné(e) de la consultation			X	
Je suis prêt(e) à recommencer une consultation enregistrée				X
Remarques libres				

Un formulaire d'information et de consentement a été rempli par les patients après explication des objectifs de l'étude.

La consultation a alors été enregistrée dans son intégralité, la prise de vue ne couvrant pas l'examen physique.

À la fin de la consultation, un questionnaire de satisfaction et de faisabilité a été rempli par l'interne et le patient pour chaque consultation.

	Vous êtes :			
	Totalement en désaccord	Partiellement en désaccord	Partiellement d'accord	Totalement d'accord
La présentation de l'étude est satisfaisante				X
La promesse d'un matériel d'enregistrement vidéo n'a occasionné peu de gêne			X	
Le médecin a répondu à mes questions				X
Remarques libres				

Conclusion :

Un outil de supervision vidéo a été créé sans grandes difficultés.

Cet outil semble très bien accepté par les premiers participants.

Il n'existe pas d'obstacle technique à la mise en place de ce type d'outil, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. Sur un plan financier, si dans notre cas le DMG a pu financer l'achat du matériel, la conception d'outils mobiles, moins lourds et moins onéreux est par ailleurs tout à fait envisageable en cas de manque de moyens.

Perspectives :

Ce travail est une introduction à l'utilisation de ce type d'outils dans la formation de l'interne en médecine générale, pour l'acquisition des compétences relationnelles.

Des travaux en cours permettront de développer des grilles spécifiques validées dans cet objectif.

Annexe 3 : abstract, congrès du CNGE de Bordeaux - 2011.

Introduction :

Les compétences relationnelles font partie des compétences du médecin généraliste décrites dans le référentiel métier. À ce titre, leur acquisition est indispensable, en particulier au cours du 3^e cycle de médecine générale.

Cependant, il existe en France peu d'outils validés pour aider à l'acquisition de ces compétences alors que la supervision vidéo est utilisée avec succès dans ce but à l'étranger.

Il nous a paru pertinent de construire de nouveaux outils pédagogiques adaptés à nos besoins et à notre culture, notamment à l'aide de la supervision vidéo.

Matériels et méthode :

Notre département de Médecine Générale a pu acquérir le matériel vidéo adapté qui a ensuite été installé au sein d'une structure de soins pluridisciplinaire accueillant plusieurs internes en formation. Le détail de cette installation ainsi que l'inventaire du matériel seront présentés lors du congrès.

Il va être prochainement proposé à des internes de médecine générale de rencontrer des patients dans ce cadre. Des questionnaires de faisabilité et de satisfaction seront remplis par les internes et les patients.

Résultats :

L'installation matérielle est d'ores et déjà opérationnelle et sera détaillée lors de la présentation, ainsi que les résultats des questionnaires.

Discussion/conclusion :

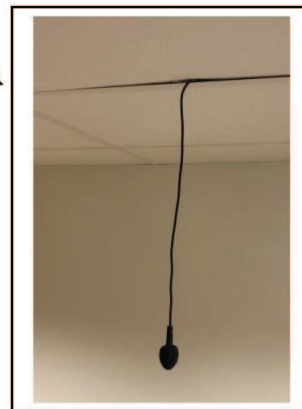
Les difficultés rencontrées, liées à l'acquisition et à la mise en place du matériel seront également rapportées.

Ce travail est aussi une introduction à des projets de recherche initiés actuellement par plusieurs internes de médecine générale visant à créer de nouvelles grilles permettant une évaluation de l'acquisition des compétences. Il devrait ainsi contribuer à améliorer la formation des internes de MG dans le domaine relationnel.

Auteurs : De Jongh N, Valette T, Birault F, Binder P, Parthenay P, Bornert C, Poppelier A, Lemerrier X, Gomes J.

Annexe 4 : Tutoriel enregistrement vidéo.

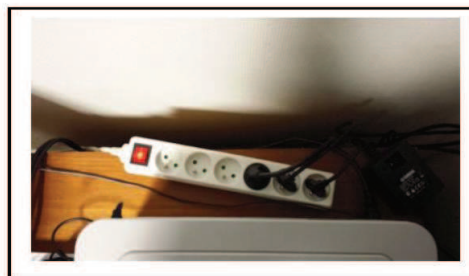
- Positionner le micro qui est au-dessus du bureau



- Brancher la caméra



- Allumer la multiprise située derrière l'imprimante (tous les appareils sont maintenant sous tension)



- NE PAS allumer les haut-parleurs
- Allumer l'enregistreur (télécommande)



- Allumer la télévision (bouton en dessous à droite).
- L'image de la pièce apparaît
- Puis éteindre la télévision
- Tout est prêt pour l'enregistrement



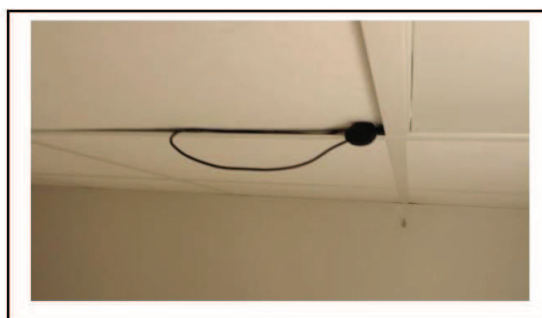
- Pour lancer l'enregistrement, appuyer sur la touche REC (rond rouge) en façade de l'enregistreur



- L'écran affiche la durée de l'enregistrement
- Appuyer sur REC stop (carré rouge) pour finir l'enregistrement



- Les enregistrements sont sauvegardés automatiquement
- A la fin des enregistrements, éteindre le matériel (multiprise, débrancher la caméra) et ranger le micro se trouvant au-dessus du bureau :



Annexe 5 : Tutoriel visionnage des enregistrements.

- Même procédure d'allumage (multiprise, enregistreur, télévision)
- Allumer également les haut-parleurs (bouton en façade)



- Appuyer sur la touche « system menu » de la télécommande



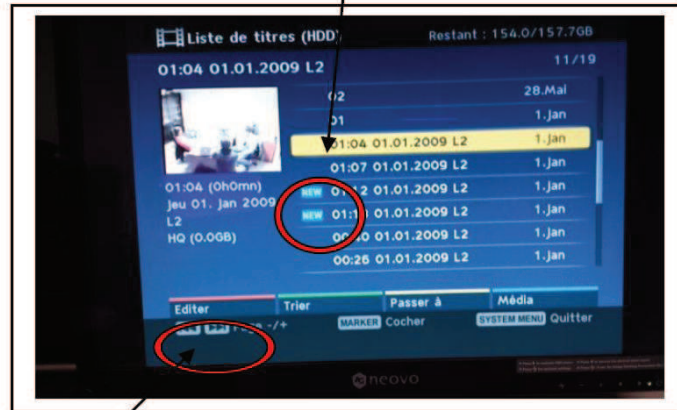
- La télévision affiche le menu d'accueil.



- Flèche de droite : aller sur « Vidéo (titre) »
- Appuyer sur « croix » pour valider



- Une liste des enregistrements apparait avec la mention « New » à côté des enregistrements non visualisés



- Pour renommer une vidéo :

- Appuyer sur éditer (touche rouge)
- Puis renommer afin de pouvoir identifier la consultation (exemple : initiale nom et prénom suivi du numéro de consultation). Puis appuyer sur la touche bleue pour enregistrer.



- Pour visionner une vidéo : la sélectionner et appuyer sur « croix »
- Au besoin : il est possible de stopper la lecture lors du visionnage en appuyant sur la touche pause (II)
- Pour modifier le volume, utiliser uniquement les haut-parleurs, et ne pas toucher à la table de mixage.
- Pour revenir au menu lors d'une lecture : appuyer sur « system menu ».
- Pour supprimer une vidéo sélectionnée : appuyer sur la touche rouge puis « effacer ».

Annexe 6 : Extrait de la grille de Calgary-Cambridge pour les ECA-MSU.

EXTRAIT DE LA GRILLE DE CALGARY-CAMBRIDGE

I- DEBUTER L'ENTREVUE

C- Identifier la (les) raisons de consultation

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a écouté attentivement les énoncés de départ du patient sans l'interrompre ou orienter sa réponse	☐	☐	☐	☐

II- RECUEILLIR L'INFORMATION

A- Exploration des problèmes du patient

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé la technique des questions ouvertes et fermées (en commençant par des questions ouvertes puis fermées)	☐	☐	☐	☐
L'interne a facilité non verbalement les réponses du patient (hochement de tête, froncement de sourcils, petit sourire...)	☐	☐	☐	☐

III - STRUCTURER L'ENTREVUE

A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a fait un résumé, à la fin de chaque sujet exploré, pour en confirmer la compréhension avant de procéder à la prochaine étape	☐	☐	☐	☐

IV-CONSTRUIRE LA RELATION MEDECIN-MALADE

A-Utiliser un comportement non-verbal approprié

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé des indices vocaux adaptés (débit, volume et tonalité)	☐	☐	☐	☐

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé un contact visuel adapté(il regarde vers le patient pendant l'écoute et les explications, s'il utilise des notes ou l'ordinateur il le fait d'une façon qui n'interfère pas avec la relation...)	☐	☐	☐	☐

B- Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé l'empathie verbale (il a reconnu les points de vue et les émotions du patient et il lui a montré qu'il les avait compris)	☐	☐	☐	☐

L'interne a utilisé l'empathie non verbale (buste penché dans l'axe du dialogue, expressions faciales adaptées aux émotions exprimées par le patient, posture en miroir (adopter une attitude similaire à celle du patient)...)	☐	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

V-EXPLIQUER ET PLANIFIER

B- Aider le patient à retenir et comprendre les informations

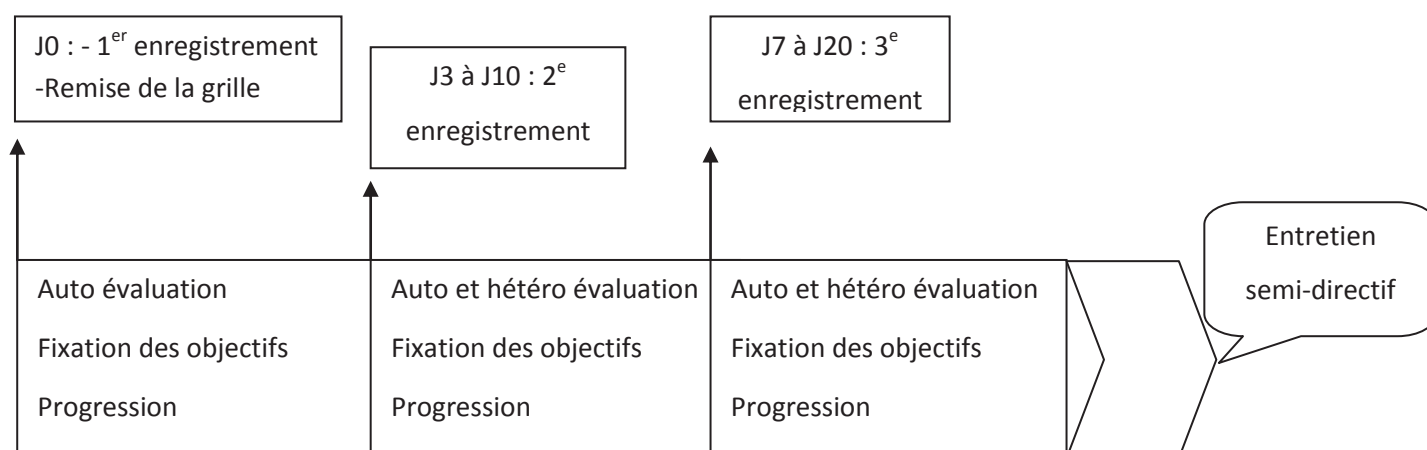
Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, et évité le jargon médical ou du moins il l'a expliqué	☐	☐	☐	☐

C- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a relevé les indices non verbaux (il a détecté que le patient voulait prendre la parole pour donner une information ou poser des questions, il a relevé les signes de surcharge d'information chez le patient, il a été attentif aux indices d'inconfort)	☐	☐	☐	☐

Annexe 7 : Protocole des enregistrements.

- Il sera **réalisé par l'interne 3 séries de 3 consultations filmées**
(en prévoir et enregistrer 4 ou 5 par série en cas de problème technique ou de refus par le patient, mais seules les 3 premières enregistrées avec succès seront utilisées, les autres seront supprimées le jour même).
 - **L'intervalle entre les 3 séries de consultations devra être de 3 à 10 jours**
(afin de laisser le temps nécessaire pour définir puis assimiler les objectifs de progression sans que des éléments extérieurs ne viennent perturber les résultats : séminaires etc.)
- **La grille d'auto-évaluation est remise à l'interne à la fin de la première série d'enregistrements.**
- Chaque série d'entretiens est suivie d'une auto-évaluation à l'aide de la grille, réalisée le jour même.
- **La deuxième et la troisième série d'entretiens seront également évaluées par le maître de stage de l'interne.**
 - Le maître de stage évalue seul les consultations sans avoir pris connaissance des évaluations de l'interne, le jour du visionnage.
 - Puis il réalise une rétroaction (débriefing) avec l'interne au cours d'un entretien dédié, en se servant des supports qu'il souhaite.
 - La rétroaction doit-être réalisée au moins 3 jours avant la série de consultation suivante.
- **Un entretien semi-directif sera réalisé avec les internes et MSU 1 à 4 semaines après la dernière série d'enregistrement.** Il explorera les ressentis liés à l'utilisation de cet outil (difficultés éventuelles, pistes d'amélioration, progrès ressentis etc.)



Annexe 8 : Grille des entretiens semi-directifs avec les ECA-MSU.

Guide d'entretien MSU

- Préambules et consignes

Il s'agit d'un travail de thèse sur l'utilisation de la grille de Calgary pour encadrer une rétroaction suite à une SODEV, dans la formation des internes à la communication.

Cette thèse recherche le point de vue des maîtres de stage sur la faisabilité et l'intérêt de cette méthode pédagogique pour améliorer la qualité de la rétroaction.

Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse.

Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

- Question d'introduction

Parlez-moi de votre expérience en supervision par observation directe avec enregistrement vidéo?

- Notre outil améliore la rétroaction du MSU avec l'interne :

- La grille de Calgary sert de support à la rétroaction (autoévaluation et hétéroévaluation)

- La grille de Calgary permet à l'interne de se fixer des objectifs de progression

- La rétroaction est centrée sur les objectifs de l'interne

- La rétroaction est constructive et centrée sur les résultats que vise l'interne durant l'entrevue

- L'autoévaluation de l'interne en amont améliore la réception du discours du MSU

- La rétroaction s'effectue dans un climat de confiance

- Il existe une concordance entre les évaluations du MSU et de l'interne

- Notre outil est simple d'utilisation :

- Utilisation du matériel en autonomie par le MSU

- La grille de Calgary-Cambridge : compréhension des items, abord des items dans leur globalité

- Temps nécessaire : évaluation par la grille de Calgary-Cambridge, rétroaction avec MSU

- Utilisation d'autres supports pendant la rétroaction (visionnage des vidéos avec le maître de stage, illustration par des situations vues précédemment lors du stage...)

- La formation antérieure du MSU (supervision, vidéo) était suffisante

- Améliorations possibles de l'outil

- Freins à la rétroaction

- Notre outil apporte des données spécifiques au MSU :

- La grille de Calgary permet au MSU de prendre conscience des compétences relationnelles de l'interne

- Observation de l'interne seul

- Intérêts pour la formation de l'interne

- Intérêts pour l'évaluation de l'interne

Annexe 9 : Formulaire de consentement des patients.



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Département de Médecine Générale



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Lors de leurs études, les futurs médecins généralistes doivent acquérir de nombreuses compétences. Afin de progresser dans l'enseignement de la médecine générale, la Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers élabore de nouveaux modes d'enseignements.

Aujourd'hui, il vous est proposé de participer à une consultation qui sera enregistrée au moyen d'une caméra vidéo. Cet enregistrement sera utilisé par le futur médecin généraliste pour progresser dans l'acquisition de ses compétences.

Cet enregistrement ne pourra être visualisé que par le futur médecin, ainsi que son maître de stage. Il ne sera pas conservé pour de futures études.

Pour participer à cet enseignement, votre accord écrit est nécessaire.

Votre participation à cet enregistrement n'est pas obligatoire, il vous est possible de refuser d'y participer sans préjudice pour votre prise en charge ultérieure. Par ailleurs, il est à tout moment possible d'interrompre l'enregistrement au cours de la consultation, à votre demande.

Nous vous remercions de votre compréhension et nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Je, soussigné(e).....

accepte par la présente que la consultation ayant lieu ce jour avec

..... soit enregistrée au moyen d'un matériel vidéo.

A.....

Le/...../.....

Signature :

Annexe 10 : Formulaire de consentement des internes.



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Département de Médecine Générale



Cher collègue,

Il vous est proposé de participer à une thèse portant sur la création d'un outil destiné à aider les internes de médecine générale dans l'acquisition de compétences relationnelles à l'aide d'un support vidéo.

Au cours de cette étude, des entretiens seront filmés. Votre maître de stage et vous-même serez les seuls ayant accès à ces enregistrements, qui seront supprimés à la fin de l'étude.

Il sera également réalisé un entretien semi-dirigé portant sur vos ressentis, à la fin de cette étude. Cet entretien sera enregistré sur support audio. Votre anonymat est garanti tout au long de l'exploitation de ces données.

Il vous est possible de refuser de participer à cette étude, tout comme d'en sortir à tout moment, sans aucun préjudice.

Tous nos remerciements pour votre aide.

Je, soussigné(e).....

Accepte par la présente que les consultations réalisées dans le cadre de cette étude soient enregistrées au moyen d'un matériel vidéo, et que l'entretien semi dirigé de fin d'étude soit enregistré sur support audio.

A.....

Le/...../.....

Signature :

Annexe 11 : Formulaire de consentement des ECA-MSU.

	UNIVERSITE DE POITIERS Faculté de Médecine et de Pharmacie Département de Médecine Générale	
---	---	---

Chère consœur, cher confrère,

Il vous est proposé de participer à une thèse portant sur la création d'un outil destiné à aider les internes de médecine générale dans l'acquisition de compétences relationnelles à l'aide d'un support vidéo.

Au cours de cette étude, des entretiens seront filmés. Votre interne et vous-même serez les seuls ayant accès à ces enregistrements, qui seront supprimés à la fin de l'étude.

Il sera également réalisé un entretien semi-dirigé portant sur vos ressentis, à la fin de cette étude. Cet entretien sera enregistré sur support audio. Votre anonymat est garanti tout au long de l'exploitation de ces données.

Il vous est possible de refuser de participer à cette étude, tout comme d'en sortir à tout moment.

Tous nos remerciements pour votre aide.

Je, soussigné(e).....

Accepte par la présente que les consultations réalisées dans le cadre de cette étude soient enregistrées au moyen d'un matériel vidéo, et que l'entretien semi dirigé de fin d'étude soit enregistré sur support audio.

A.....

Le/...../.....

Signature :

VERBATIM

Verbatim ECA-MSU 1

- *Parlez-moi de votre expérience en supervision par observation directe. Donc du coup, celle que vous avez-eu avec 2 internes.*

- Alors en supervision directe, qu'est-ce que vous voulez que vous dises dessus ?

Ça m'a permis de voir comment travailler l'interne tout seul, ça m'a permis de voir comment il conduisait son... Son examen clinique quand je n'étais pas derrière lui. Ça m'as permis de voir comment... Souvent quand on est ensemble, c'est moi qui commence à demander « Qu'est-ce qui vous arrive ? », et puis qui dirige un peu l'entretien.

Alors que là, ça m'a permis de voir comment il guidait son entretien, comment il arrivait à obtenir les réponses qui pouvaient être utiles dans son diagnostic et tout ça. Ça m'a permis de voir l'attitude qu'il pouvait avoir tout seul face au patient, qu'il n'a pas forcément la même attitude que quand il est avec moi.

Ca... Qu'est-ce que ça m'a permis de voir aussi ?...

Comment il gérait les questions des patients, soit par rapport à sa pathologie, soit par rapport à d'autres choses.

Parce que c'est vrai que quand on est tous les deux, les patients s'adressent plutôt à moi qu'à lui. Même si...

Je sais pas, (interne), par exemple, vous l'avez pas...

Mais lui, il était capable de répondre, d'enchaîner, de... Et moi rester complètement...

La plupart du temps, ils me laissent répondre, quoi. Ils attendent que je réponde. Tandis que là, j'ai pu voir comment ils se débrouillaient tout seul... S'il y avait des choses, c'est vrai que théoriquement, par exemple, s'ils ne regardent pas les oreilles ou s'ils prennent pas la tension. Je dis, bon, prenez la tension.

Là, ça m'a permis de voir, si, surtout s'ils étaient plutôt en fin de cycle, si, ils avaient bien retenu tout ce que j'avais essayé de leur apprendre et si sur un, deux ou trois consultations, en gros, j'étais satisfaite de ce que j'avais pu leur faire passer.

- *D'accord.*
- Par forcément de ce qu'ils faisaient mais de ce que j'avais pu leur faire passer. Voilà.
- *Là, vous avez dit qu'ils étaient en fin de cycle ?*

- Plutôt. Moi, quand ils ont fait ça, ils étaient plutôt en fin de... Pas en fin de cycle, en fin de stage chez moi.

Donc ça m'a permis de voir par rapport aux premiers...

Alors c'est vrai que c'est différent avec nous. Parce que... Soit ils font, même si je les laisse faire la consultation, je suis présente, les gens me... Les gens me posent les questions à moi. Si je vois qu'ils ne font pas un truc, je leur rappelle.

Parce que c'est vrai que là, ça m'a permis de voir, si, ils faisaient... Toutes les choses que j'attendais d'eux, quoi.

Voilà.

- *D'accord.*
- Après, ça m'a fait voir comment il gérait aussi des choses un petit plus délicates, quand les gens posaient des questions, qu'ils n'avaient pas l'habitude d'avoir ou... Ben, ne serait-ce que des bricoles. Si un gamin commence à hurler, s'il commence à toucher à tout, comment ils étaient capable de gérer ça aussi, quoi. Donc des choses plus matérielles.

Après, comment ils arrivaient à gérer aussi, le fait d'écrire sur l'ordinateur, de... Tout en étant disponible auprès des gens, et tout ça, quoi. Hein ? Voilà.

- *Donc des compétences d'un côté...*
- Plus... Moins techniques, plus humaines quoi.
- *Ok.*
- Et un truc aussi. Ça m'a permis de voir comment réagissaient les gens quand l'interne était parti mettre la carte vitale chez moi.

« Rires »

- *Exact.*
- Ça n'a peut-être pas beaucoup d'intérêt, mais voir que... Comment les gens réagissaient, si, ils se posaient des questions par rapport à l'interne et... Alors, est-ce qu'ils se méfiaient parce que c'était enregistré ? J'ai jamais entendu dire de choses négatives ou de trucs comme ça.

- *Venant des patients ?*
- Venant des patients quand il n'était plus là quoi.

« Rires »

- *D'accord. Quand vous faisiez la supervision avec l'interne, la rétroaction, ça se passait comment ?*

- Alors c'est vrai que souvent, on était un peu limité par le temps, mais l'interne me montrait et puis on discutait en fonction de la grille des compétences acquises, des choses comme ça. Du ressenti, de ce qui pouvait ne pas aller ou aller...
Souvent c'était lui qui disait : « Ah, ben, oui, j'aurai peut-être pas dû faire comme ça... Peut-être que, effectivement, vous faites pas comme ça, on fait comme ça d'habitude. Et puis là, j'ai fait comme ça, et j'aurai dû faire autrement ». Donc, euh...
Mais honnêtement, globalement, sur celles que j'ai faites... J'étais relativement satisfaite du comportement de l'interne, quoi.
Il n'y a pas eu à dire de trucs... Oh, peut-être un petit oubli sur un quelque chose ou autre, mais enfin, vraiment anecdotique.
- *Vous m'avez dit, donc, du coup, que l'interne avait quand même des demandes, même si c'était des consultations qui à priori s'étaient bien passées ?*
- Oui, en se disant... C'est peut-être plus dans l'attitude que dans le... Que dans la conduite de la consultation, peut-être. « Ben, là, j'aurai peut-être dû davantage l'écouter, ou je n'aurai pas dû le regarder comme ça, ou j'ai été trop rapide... ». Ou voilà. C'était ça, les réflexions, en général, de l'interne.
Peut-être quand se revoyant, il se dit « Peut-être là, j'aurai dû davantage approfondir, ou j'aurai peut-être dû lui laisser davantage le temps de parler et j'aurai pas dû le couper ». Vous voyez des trucs comme ça.
- *Tout à fait. Ok. Donc du coup, le fait que l'interne se soit vu avant que vous, vous n'en discutiez, ça a apporté quand même... ?*
- Ben, déjà, ça a permis, que peut-être que lui, me montre les points qui pour lui, lui semblaient négatifs. Même si...
Moi, j'ai tout regardé. Des fois, ça m'a permis de le rassurer, en lui disant « Ben, non, qu'est-ce que vous vouliez lui dire de plus ? Ou qu'est-ce que vous vouliez faire de plus ? ».
Puis des fois, ça nous a permis de dire ensemble, « Oui, effectivement, là, peut-être que si vous l'aviez laissé parler un peu plus, ou peut-être que si vous aviez été un peu moins directif, vous auriez pu avoir peut-être un petit peu plus de renseignements, si vous l'aviez laissé parler un petit peu plus longtemps, que de le couper pour retourner à votre première demande ».
Voilà, c'est juste sur des choses comme ça.
- *Donc en fait, la vidéo, vous permettez d'illustrer certaines choses ?*

- Voilà. La vidéo permettait de lui dire : « Voilà, là, vous avez fait ça, peut-être que vous auriez dû faire ça. » C'est quand même rare mais ça a permis.

Et surtout à lui, ça lui a permis de prendre conscience de l'attitude qu'il avait, plus que de...

L'examen, on ne le voit pas de toute façon dans la vidéo. Mais plus que des questions posées, de l'attitude qu'il avait... Soit parce que, il avait l'impression qu'il donnait le... Ben, c'était (interne), qui avait l'impression... Parce qu'elle est un peu speed, par moment... De dire, « Les gens vont penser que je veux me débarrasser d'eux plus vite, ou j'ai peut-être pas été assez à l'écoute, ou... Et puis ils ont eu l'impression que j'étais pressée... ». Voilà.

- *Il y avait une certaine concordance, alors du coup, dans... ?*

- Ah, pas forcément.

Des fois, il y avait des inquiétudes, qui n'étaient pas justifiées et moi je pensais que j'aurai pu exactement... Peut-être que moi aussi je suis rapide... Fait la même chose.

Et puis des fois où il y avait... Je lui disais « Effectivement, peut-être que là, voilà. »

Mais, ça a permis d'avancer, et je vous dis de rassurer.

Peut-être même plus des fois de rassurer, que de dire « Ben, vous n'avez pas fait ce qu'il fallait, il aurait faire ça ». Hein ?

- *Donc, vous avez senti, puisqu'on parle de rassurer, les internes plutôt confiants, vis-à-vis de vous, le fait que vous les voyez ?*

- Oui, oui.

C'est vrai que je suis... Peut-être pas assez critique, moi, peut-être que j'ai plutôt tendance à les rassurer qu'à les... Si, il y avait eu vraiment un gros problème... Ben, c'est sûr que je le leur aurai dit.

Mais globalement, j'étais peut-être plus rassurante que critique. C'est peut-être dans mon attitude, même quand ils sont avec moi, j'essaie plus de les rassurer que de les... Que de les critiquer. Même si la critique est positive. En disant... Plus les guider, que de les critiquer.

C'est peut-être dans mon attitude générale, plutôt que...

Donc là, j'ai peut-être été effectivement plus rassurante. Mais globalement, ce qu'ils faisaient été correct, hein.

- *Ok. Pour...*

Vous m'avez dit tout à l'heure que... Vous m'avez parlé du temps que ça prenait le débrief.

- C'est-à-dire que quand on a eu en été, c'est bien.

En hiver, des fois c'est... C'est un peu chaud, quoi. C'est un peu long.

Bon, après, ça prend pas non plus des heures. Ce qui était compliqué, c'est de trouver un moment commun pour qu'on puisse le revoir, à mon avis. Parce que là c'était... Si, ça se généralisait, je pense qu'on aurait un horaire consacré uniquement à ça, comme (MSU) et (MSU), ont un horaire de débriefing, quoi.

Ça doit... Ça doit pouvoir s'aménager. C'est que là, c'était pas aménagé, donc ça se compliquait un peu.

Mais je pense que si c'était fait couramment, ça s'aménagerait autant qu'un débriefing.

- *D'accord. Et, à ce moment-là, ça lèverai... ?*

- Ben. Ça permettrait peut-être de...

Parce qu'on le casait toujours entre deux consultations, quand il y avait un trou. Si, il y avait un horaire destiné à ça, je pense que ça permettrait effectivement, peut-être d'aller plus à fond dans... Dans l'examen de la vidéo. Voilà.

- *Ok. La grille en elle-même ?*

Du coup, vous avez été amené à utiliser tous les deux la grille ?

- On a été amené à utiliser tous les deux la grille. Ouais, la grille, ne me pose pas de problème. Des fois, je n'ai pas forcément eu une réponse à toutes les choses.

- *D'accord.*

- Mais, la grille en elle-même, me paraît correcte, quoi. Il n'y a pas... Il n'y a pas eu de choses, qui me paraissaient... Où... C'est vrai que des fois, je n'avais pas de réponse à apporter à certaines questions.

- *D'accord.*

Parce que la consultation n'abordait pas cette question ?

- Voilà.

Parce que la consultation n'abordait pas cette question. Parce que le problème, ne s'était pas posé... Enfin, voilà.

Mais, non, la grille ne m'a pas posé de problème.

- *Est-ce que par rapport donc à ces questions, auxquelles on ne pouvait pas répondre, c'est toujours des items assez spécifiques, ou alors... ?*

- Je ne m'en rappelle plus trop. Vous me posez une colle là.

Euh... Vous l'avez pas la grille là ?

- *Euh, non... Pas sur moi. Mais...*
Est-ce que ça va plutôt être des items... Il y en a qui vous ont peut-être semblé moins concret que d'autres ?
- Oui, voilà. Il y en qui étaient peut-être plus... Sur des choses de ressenti, des choses comme ça. Peut-être des fois, des points un petit moins... Je sais pas dans certaines difficultés que l'interne n'avait pas eues, on était un peu... Et généralement, ça correspondait à ce que, lui, avait pas pu... Avait pas trouvé trop à répondre, ou n'avait pas trop de réponse à ces items-là.
- *D'accord. Il n'y avait pas trop de réponse, parce que la vidéo, ne permettait pas de les avoir ?*
- Oui, parce que la vidéo ne permettait pas de les avoir ou que... On a surtout, dans les premiers, pas ressenti l'analyse de ça... Qu'elle n'avait pas vu... Enfin, je sais pas comment vous expliquer, moi. Que ça allait déboucher sur ce genre de questions, quoi.
- *Ok.*
Par rapport, à l'utilisation du matériel technique, il y a eu des soucis ?
- Non, aucun.
- *Aucun ?*
- Oui.
- *On peut juger que votre formation, en tant que maître de stage, par rapport à cet outil... ?*
- Permet d'utiliser la... Oui. Oui, oui. Ça peut être un plus.
Après, j'y mettrai juste une limite à la chose. C'est qu'il faut que l'interne soit à l'aise. Je suis sûre qu'avec certains internes, je n'aurai rien pu en tirer. Parce qu'il aurait été continuellement sur la défensive. J'en ai eu un. Je pense qu'Adrien, par exemple, qui était très à l'aise avec moi, il ne voulait pas entendre parler de la vidéo. Parce qu'il n'était pas apte à se laisser filmer, si vous voulez. Hein ?
Donc, je pense qu'il y a certains, chez lesquels ça serait difficile et/ou si voulez, la vision qu'on aurait à la vidéo, ne serait pas la réalité, quoi. Parce qu'il serait complètement sur la défensive, à s'écouter, donc à ne pas conduire son interrogatoire comme il le fait naturellement.
Donc, que ça soit (interne), que ce soit, qui c'est qui en a fait... ? C'est (interne) qui en a fait aussi, je sais plus ?
- *Euh, peu.*

- Peu, oui.

« Rires »

Bon, (interne) a dû m'en faire 1 ou 2. Je sais plus qui c'est qui m'en avait fait aussi...

Euh, ben, il y en qui sont beaucoup plus à l'aise, où la vidéo, ça passe très bien et puis d'autres qu'on sent un petit plus sur la retenue.

C'est un petit peu dans ça, qu'il y aurait une petite limite si vous voulez, où il serait...

Alors peut-être qu'en n'en faisant plus, ils seraient plus naturels c'est à dire que quand il voit que le... C'est pas uniquement un jugement indirect mais simplement... Peut-être que ça irai mieux mais il y en a qui sont assez réticents à ce genre de techniques, quoi. Parce qu'ils ne se sentent pas du tout à l'aise, pour être filmé... Et puis après se revoir. Il y a des gens qui n'aiment pas se revoir. Donc chez qui c'est limitatif.

- *Le fait d'en faire, vous avez vu... ?*

- Le fait, je pense...

Alors c'est vrai que c'est (interne), qui m'en a fait le plus, c'était quand même la plus à l'aise.

Mais je pense que le fait d'en voir... Alors d'en faire et surtout de les revoir ensemble, et voir que, on n'est pas là, ni pour les assassiner sur ce qu'ils font, ni les critiquer, mais pour les aider. Je pense que ça les mettrai peut-être plus à l'aise.

- *Il y en a qu'ils ont fait, et que vous n'avez pas vu, ça c'était dans le protocole.*

- Oui, oui, oui.

- *Qu'est-ce que ça... Est-ce que vous avez vu, ou eu, des retours par rapport à ça ?*

- Non. Non, non.

- *Rien de spécial ?*

- Non, rien de spécial.

- Je pense même pas que ce soit le fait, que ce soit moi qui le voit par derrière qui les gênait. Je pense que c'est presque le fait de se voir eux. Vous voyez ce que veut dire ?

- *Oui.*

- Alors, peut-être parce que, effectivement, moi je ne suis pas... Je ne suis pas méchante, quoi. Enfin, ce n'est pas ce que veut dire mais je ne suis pas à vouloir les critiquer absolument. Mais je pense que le mal à l'aise, c'était de se voir eux, plus que ce soit moi qui les voit.

- *D'accord.*

Donc pas vraiment le jugement ?

- Pas vraiment le jugement. Leur propre jugement, qu'ils les... Enfin, je pense... Je pense qu'Adrien, c'était ça.

Qui c'est que j'ai eu qui était très réticent ?...

Je pense que c'était ça aussi. Le fait de se faire filmer et de se voir eux aussi.

- *Alors, du coup, pour vous, c'est un outil qui a quels intérêts ?*
- Alors... Ben, peut-être d'abord de voir comment... Parce que moi, quand ils font une consultation tout seul, je les vois pas forcément.

Je les vois en consultation... Moi. Et puis des fois, sur certains internes, qui ont fait une consultation tout seul, j'ai eu des retours des patients, qui étaient pas toujours... Par exemple, parfois très très content sur des internes qui, quand ils étaient avec moi faisaient peu de choses. Et les gens me disaient « Il m'a examiné en entier, il m'a posé des tas de questions ». Et d'autres qui étaient avec moi, et que j'avais l'impression qu'étaient... Et quand ils étaient avec les gens, le fait que je ne sois pas là, ils étaient beaucoup moins à l'aise.

Donc là, peut-être le fait de voir l'attitude de l'interne tout seul. Et directement. Pas simplement par le oui-dire des gens. Pas forcément fiable.

Et puis, le fait, effectivement quand ils sont tout seul et qu'ils se sont vus et qu'ils ont des craintes par rapport à ce qu'ils ont vu. Soit les orienter pour qu'ils s'améliorent, si vraiment il y a... Si c'est justifié. Soit simplement pour les rassurer en disant que, ben, en fait, ils ont fait ce qu'il fallait et que... Il y avait peut-être une ou deux choses à changer, mais que le fond était bon, quoi. Aussi pour leur donner confiance, quoi.

- *D'accord.*

Donc, en quelque sorte, ils sont en recherche d'évaluation de votre part ?

- Voilà. D'évaluation quand ils ne sont pas...

Parce que je les évalue quand ils sont avec moi. Mais quand ils sont tout seul. Parce que, si je dois être derrière la machine... C'est pareil que quand ils sont avec moi, quoi.

Que là, ils agissent tout seul, ils mènent la consultation jusqu'au bout, sans que j'intervienne parce que c'est compliqué comme ça que moi, je n'intervienne pas quand les gens s'adressent à moi.

Donc, et puis voir, comment se déroule la consultation, et que, ensuite ils puissent l'analyser et qu'ils puissent eux même critiquer ce qu'ils ont fait. Et nous, amener une réponse aux questions qu'ils se posent, quoi.

Voilà, c'est ça.

- *D'accord.*

Donc amener une réponse quand même, c'est-à-dire une certaine... Un apport de matériel, de connaissances ?

- Voilà, de connaissances ou... Ou de... Je vous dis, de les rassurer, en disant, que même si, ils se posent des questions, c'est pas mal et que, il n'y a pas de raisons qu'ils aient une autre attitude.
- *L'utilisation de la grille, comme support papier, elle vous servez à quel moment en fait ?*
- Ben, moi je le faisais en même temps que je le regardais, quitte à ce qu'on fasse des pauses, quoi.

- *D'accord.*

Dernière chose. Est-ce que par rapport à la qualité sonore ou au visuel de l'enregistrement ?

- Ça m'a pas gêné ça. Moi, j'ai pas été gênée, gênée.
- *Donc, pas d'amélioration de l'outil envisageable ?*
- Ben, non. J'ai trouvé que c'était correct. Enfin... Bon, après, on ne va pas faire du grand cinéma, en HD, machin, mais...

« Rires »

Non, non, non. Le son était correct. On comprenait bien ce que disais l'interne, ce que répondaient les patients. La qualité d'image était suffisante pour ce qu'on avait à y faire.

Enfin, bon, à oui, c'est pas de bonne qualité...

« Rires »

- *Ok.*

Est-ce que vous avez des choses à rajouter ? Par rapport à tout ce que vous avez dit ? Des choses, dont vous auriez souhaité me parler ?

- Non, non. Je crois que c'est... Non, j'ai pas d'autres...

Je reste toujours sur ma réserve de dire qu'il faut, que quand même, effectivement, l'interne se sente à l'aise par rapport aux... Par rapport à la situation.

Les gens, ils acceptent en général. Ils voient pas d'inconvénient, et puis, ils ne vont pas se revoir, ils savent que ce n'est pas pour une utilisation quelconque.

Je pense que le problème ne vient pas d'eux. L'attitude est la même. Enfin, moi, dans ce que j'ai vu, l'attitude des patients était la même que quand ils sont en consultation avec moi. Le fait d'être filmé, n'a rien changé à leurs attitudes.

Par contre, chez l'interne, ça peut être un petit peu plus difficile pour certains.

C'est-à-dire qu'on aura... Vous savez, c'est la limite du... C'est ma limite du système. C'est-à-dire que, quelqu'un qui est très à l'aise comme (interne), c'est aucun problème, je l'ai retrouvée identique que quand elle était avec moi, ou que quand elle vient, ou quand elle devait faire une consultation.

Chez certains, je sentais, quand même que, il y avait si vous voulez un petit temps de réflexion avant de répondre, pour savoir « Est-ce que je vais bien répondre, par rapport à ce que je devrais dire ? ». Et, voilà. Une petite... Un petit manque de naturel, quoi.

Alors, c'est vrai, que peut-être qu'à la deuxième, troisième consultation filmée, ça disparaissait un peu.

- *D'accord.*

Vous avez vu qu'il y avait, quand même une amélioration ?

- Oui, qu'il y avait une amélioration.

Mais, il y en a certains, où on sentait que, les questions, les choses, l'attitude, qu'ils avaient envers le patient, étaient pas la même que quand ils étaient avec moi.

Et je ne pense pas, que là, c'était le fait que je ne sois pas avec eux, c'était plus le fait qu'ils se disaient « Après on va se revoir, machin, et qu'est-ce... Est-ce que je fais bien ? ».

Voilà, c'est tout.

- *Ok.*

Donc ça, et puis la contrainte de temps, liée à l'utilisation.

- Ouais, mais ça, la contrainte de temps... Parce que si vous voulez, c'est pas programmé. Si par exemple, c'était un outil qui devait se faire, et ben, le soir, comme on fait un débriefing, on tient 20 minutes, une demi-heure. Le temps nécessaire, on le programme.

Là, c'est le fait que, on faisait ça, quand on avait un trou de temps.

Donc, bon... Mais, bon, si c'était un outil qui était utilisé, je pense que ça serait programmé tous les jours ou tous les deux jours, en fin de journée ou à autre moment. Et que là, ça serait établi, et que la contrainte de temps, ne serait pas la même.

Bon, il ne faut pas y passer des heures, mais...

Plus simple à organiser, quand on sait que l'on va l'avoir. On l'insère dans le planning et tout. Alors que là, c'est vrai qu'on l'a fait, quand on avait un moment. Donc... C'est pas pareil, quoi.

- *Vous avez dit, tous les jours, tous les deux jours, il y a une certaine fréquence pour vous, qui serait intéressante ?*
- Je pense qu'il ne faut pas trop laisser s'accumuler non plus.

D'abord, parce que si on veut qu'il y est un bénéfice pour les films suivants. Si vous le faites à la fin du stage, du début à la fin... Vaut mieux le programmer du moins par étape, de manière à ce que l'interne, du fait de ce qu'on lui a dit, puisse améliorer sa pratique suivante, quoi.

Et qu'on puisse constater qu'elle s'améliore.

- *Ok.*
- Enfin, je sais pas. Ça paraît logique.
- *D'accord, super.*

Merci beaucoup.

Verbatim ECA-MSU 2

- *Donc, une question assez ouverte pour commencer.*
Est-ce que vous pouvez me parler de l'expérience d'utilisation de l'outil en supervision vidéo ?
- Très intéressant, je ne connaissais pas.
J'ai trouvé que ça pouvait être utile. Mais pas uniquement aux internes, également aux maîtres de stage.
« Rires »
- *D'accord.*
- Et en conclusion, je dirai que ça sera bien que les maîtres de stage fassent aussi ce genre de vidéo pour...
- *L'exercice.*
Donc utile dans quel sens ?
- Améliorer la pratique.
Et si je prends l'exemple d'(interne), c'est vrai que le fait... J'ai bien noté qu'avec l'ordinateur... Quand elle était à l'ordinateur, elle n'était pas trop avec le patient et finalement ça a permis d'avoir des petites pistes. Et moi-même de corriger ma façon de faire dans ma consultation. Notamment, quand on écrit, de dire peut-être quand même au patient ce qu'on écrit de façon à ce que l'on ne coupe pas vraiment la relation avec lui ; plutôt que de taper et puis de regarder là et de ne pas le regarder lui. Dommage que tu ne filmes pas là...
« Rires »
- *D'accord.*
Donc, en fait, vous avez transférée certains constats des vidéos d'(interne), sur vos propres ressentis à vous ?
- Voilà, tout à fait.
C'est pour ça que je dis que ça pourra être bien que tous les MSU aient aussi ce genre d'expérience en tant que « acteur de consultation ».
- *D'accord.*
Il suffit d'avoir accès à une salle, ça tombe bien.
« Rires ».
- Tout à fait.
- *Par rapport au déroulement des séances avec (interne), ça s'est déroulé comment ?*

- Euh, les séances... Après ?

- *Voilà.*

Euh... La supervision... ?

- Alors, on a comparé nos réponses sur la grille que l'on avait remplie chacune de notre côté.

- *D'accord.*

- Alors, il y a d'abord eu une discussion par rapport au chapitre sur « Structure, entrevue » parce qu'apparemment on n'avait pas compris la même chose dans « Structure et entrevue ». Donc forcément, les réponses étaient presque à l'opposé.

- *D'accord.*

- Par rapport aux autres, j'ai trouvé que c'était intéressant de pouvoir noter un peu comment on voyait le fonctionnement de l'interne. J'ai regretté qu'effectivement on n'ait pas la place de prendre des notes. Pour pouvoir justement, revoir dans la vidéo à quel passage c'était intéressant de s'arrêter, pour expliciter les critiques positives ou négatives. Enfin plutôt positives que l'on fait.

Après...

J'ai quand même, moi, noté que... Alors je pense que c'est un peu normal. Que dans chaque appréciation que j'ai faite, je trouve à peu près les mêmes « plutôt oui », « plutôt non » ou « tout à fait ». Quel que soit les...

- *D'accord. Les mêmes faiblesses, les mêmes qualités ?*

- Oui, tout à fait.

Et, c'est des faiblesses que je retrouve aussi dans ma propre pratique. Puisque c'était surtout par rapport à l'utilisation de l'ordinateur.

- *D'accord.*

- Mais je trouve ça très intéressant. Et très constructif.

- *Alors, du coup, constructif ?*

- Et je pensais surtout que ça ne pourrait pas forcément avoir un intérêt pour moi sur ma pratique. Parce qu'au départ, c'était vraiment que pour l'interne. Et en fait... Ça pose question pour soi-même.

- *Et en fait on peut avancer...*

- Absolument.

- *On peut toujours avancer.*

- Absolument.

- *Du coup, (Interne)... Alors pareil, s'est notée. Ca a donné quoi, vous avez comparé ? Vous avez travaillé comment autour de l'outil ?*
- Alors, on a d'abord regardé... Par exemple, pour la première consultation, ce que l'on avait mis comme réponse, et voir si on était plutôt du même avis ou pas. Ensuite, on a regardé la vidéo pour essayer de voir là, où l'on n'était pas d'accord, qui, finalement avait peut-être mieux observé la consultation.
Et ce qui fait que, je crois que dans une des consultations, c'est moi qui ai changé mon avis et une autre, c'est elle.
- *D'accord.*
- Et dans les deux cas, c'était pour être plutôt dans le « plutôt oui ».
- *D'accord.*
- Un « plutôt non » est devenu un « plutôt oui ».
- *Ok.*
Et globalement alors, c'était... Donc il y avait des discordances, mais dans la globalité... ?
- Dans l'ensemble, c'était plutôt positif pour les deux et plutôt oui.
- *D'accord.*
- En moyenne.
- *Il y avait une certaine concordance ?*
- Voilà. Tout à fait.
- *Ok.*
- En fait, (Interne), met jamais, pratiquement jamais « tout à fait ». Donc là, c'est...
« Rires ».
Mais comme elle met peut-être des « plutôt oui » et moi j'étais « tout à fait », j'ai dit « Bon, ça va ». C'était quand même...
« Rires ».
- *Oui, il y avait quand même comme un feeling ou quelque chose de positive.*
- Voilà, tout à fait.
- *Par rapport à certain...*
- Oui, oui.
- *Donc, du coup, ça a quand même permis de cibler des critères, si je comprends bien, de relecture, le support qu'est cette grille ?*

- Oui. Elle est très bien faite.

Le seul détail qui me posait problème, c'est effectivement de ne pas pouvoir écrire dessus, de ne pas avoir la place d'écrire.

J'ai quand même écrit, pour placer des choses, mais c'est vrai que d'avoir un petit peu de...

- *Ça aurait permis de guider... ?*
- Peut-être de penser à mettre plus de choses.

Moi, j'ai pensé pour des choses qui étaient vraiment flagrantes. Mais, je pense que si j'avais un peu d'espace pour écrire, j'aurai écrit un peu plus.

- *D'accord.*
- Même des choses qui me semblaient moins... Moins importantes.
- *Ok.*

Alors, là, du coup, ce qui s'est passé c'est que vous êtes arrivées avec chacune votre grille, vous m'avez dit et puis vous avez échangé autour de ça.

Par la suite, ça s'est... Qu'est-ce qui s'est passé, vous avez revu la vidéo, vous avez... ?

- Oui.

Donc, comme je disais, on a d'abord comparé nos grilles, après on a revu la vidéo et c'était très intéressant, notamment parce qu'il y avait des passages... Alors ce que j'ai trouvé très intéressant, c'est... A un moment donné, où (interne) est sortie de la salle, pendant la consultation et que, en fait, ça continuait à filmer et donc de voir comment le patient... Enfin, c'était la mère et son fils... Comment se passait le... Le vécu de la mère et son fils, et là, j'avais bien compris que le gamin était encore angoissé.

La mère avait dit un moment donné que le gamin était angoissé et (interne) ne l'avait pas entendu. Et du coup, elle n'avait pas vu... Alors je pense que quand elle a revu la vidéo, elle n'avait pas vu, à un moment donné qu'elle était partie. Et que, il y avait ça qui était flagrant sur le fait que l'enfant n'était pas rassuré.

- *Donc, là en fait, ils étaient filmés...*
- Voilà.
- *Pas à leur insu, puisqu'ils étaient évidemment informés.*
- Oui. Mais sauf que l'interne n'était plus là, il n'y avait plus personne, mais qu'ils continuaient à être filmés. C'était très intéressant parce que je pense qu'ils avaient oublié qu'ils étaient filmés et que... Le gamin a pu s'exprimer et dire les choses qui

étaient... Qui confortaient, mon impression, qu'effectivement, l'angoisse de l'enfant n'avait pas été perçue par l'interne.

- *Donc, à priori, là, en tout cas, ce couple de patients-là n'était pas spécialement, enfin effrayé par la vidéo... Enfin, pas perturbé ?*

- Non, pas du tout.

Non, j'ai eu l'impression que les gens avaient complètement oubliés la vidéo, en fait.

- *D'accord.*

Les gens oublièrent la vidéo.

- Et ce qui était très intéressant aussi, c'est qu'en fait, à un moment donné, je ne savais pas que j'étais filmée et donc je suis intervenue, donc je m'entends.

« Rires »

Et, ca, je trouve ça, très... Surprenant.

- *C'est comment de s'entendre ?*

Surprenant ?

- Surprenant. Tout à fait.

Surtout que je me souviens très bien de la scène et je ne savais pas que c'était filmé à ce moment-là. Donc du coup, ça a été... C'était spontané. Mais c'est vrai que c'est très drôle de s'entendre et de... Enfin d'avoir été surprise finalement.

- *Oui.*

Parce que vous n'aviez jamais finalement été... Vous n'étiez jamais filmée évidemment... ?

- Non. Non.

- *Dans votre formation, en tant que maître de stage ?*

- En formation, jamais.

- *Et alors du coup, est-ce que c'était un problème ? Ou est-ce que, au contraire, ... ?*

- Pas du tout.

- *Non ?*

- Pas du tout. Ça m'a mis en évidence des petites choses. Je me suis dit : « Tiens, il faudra que je fasse attention à ça ».

« Rires ».

- *Mais, ce défaut de formation, par rapport à la vidéo, enfin, cette absence de formation par rapport à l'utilisation des outils vidéo, en l'occurrence, vous l'avez perçu ? Ou c'était un outil... ?*

- Je n'ai pas compris la question.
- *En fait, vous n'avez jamais été formée... Vous m'avez dit que vous n'avez jamais été formé à utiliser une vidéo, enfin à faire de la supervision vidéo, et cetera...*
- Oui, oui, tout à fait.
- *Donc, du coup, c'était la première fois que vous étiez face à cet outil.*
- Oui.
- *Ça a été un problème ? Ou au contraire, c'était... ?*
- Non, pas de tout. Non.
Non, non, je trouvais ça très... Enfin, je ne savais pas ce que c'était au départ. Mais j'ai trouvé que c'était vraiment, un moyen qui me semble très intéressant et très utile.
- *D'accord.*
Complexe ?
- Pas vraiment.
Dans la mesure où tout était bien mâché et qu'il fallait appuyer sur le bouton et qu'il fallait... Non. Pas vraiment.
- *Facile à utiliser ?*
- Oui, oui.
Mais parce qu'on avait les explications. Quand hier soir, il a fallu qu'on revoie ça, avec (interne), on avait un petit peu... On se posait des questions puis on a trouvé les deux feuilles qui donnaient les consignes, donc il n'y a pas eu de...
- *Oui, les tutoriels qu'on avait laissés sur place?*
- Oui.
Pourtant moi je ne suis pas du tout... Bricoleuse, et je n'aime pas du tout ce genre de choses, mais bon...
« Rires ».
Il n'y avait qu'une seule télécommande, c'était bien.
« Rires ».
- *Effectivement.*
Donc, vous avez quand même revu toutes les vidéos, ça a pris du temps ?
- Ah, oui.
Par contre, c'était plus long que prévu. C'est bien une demi-heure par cas, donc c'est une heure et demi, que moi j'y ai passé toute seule pour voir les... Les vidéos toute seule. Et puis, avec (interne), on a mis une demi-heure aussi par cas.

Sauf le dernier, qu'on avait comparé nos grilles, et puis finalement on ne l'a pas regardé après. Parce que, à priori, t'avais dit que ce n'était pas forcément indispensable dans la mesure où on avait bien compris le fonctionnement.

- *Vous aviez pu échanger autour de ces deux... ?*

- Oui. Voilà.

Et c'est intéressant, parce que la dernière, en plus, je trouvais que le patient... Je n'avais pas fait attention mais que finalement il était... Il avait pas mal d'humour.

« Rires ».

On découvre des qualités à nos patients en plus.

« Rires ».

- *Vu de l'extérieur...*

- Oui, tout à fait.

- *Ce temps, ça a été une contrainte ? Ça a été... ?*

- Non. Parce que...

Parce que, ben, hier soir j'ai fini plus que tôt que d'habitude, donc ça ne me gênait pas trop.

Et puis, la fois d'avant, c'était sur un de mes jours de repos, donc ce n'est pas un souci mais c'est vrai que de le faire en plus d'un...

Enfin, c'est un débriefing finalement, c'est une heure et demi de débriefing qui ne peut pas se rajouter encore après une journée de travail.

- *Après une journée de travail.*

- Ou un autre débriefing.

Donc, ça je pense qu'il faut dans des conditions où rien ne presse.

- *Oui. Il faut prévoir...*

- C'est ça. Faut être tranquille.

Moi j'avais prévu jeudi dernier parce que jeudi dernier je ne travaillais pas, donc je suis venue et je me suis dit « Oh, j'en aurai pour trois quart d'heure, une heure ». J'y ai passé une heure et demi, mais bon. Comme je n'avais pas vraiment d'autres impératifs, ce n'était pas un souci.

- *D'accord.*

- Mais il vaut mieux le savoir.

- *Oui. Il faut le savoir si on devait généraliser l'outil du coup.*

- Voilà, que ce n'est pas un quart d'heure.

- *Est-ce que vous avez des... Par rapport à ça justement, des remarques, des améliorations ?*
- Alors, je dis que c'est long, mais finalement, je pense que, si on fait régulièrement... Parce que pour le premier cas, c'est vrai que j'ai dû regarder la vidéo, plus de deux fois, j'ai dû faire des pauses, revenir, parce que je me disais : « Il faut que je pense à ma grille, mais en même temps, il faut que je regarde, enfin... ». Et finalement, après pour le troisième, c'était un peu plus rapide.
Je pense que si on en fait tous les jours, forcément, on perdra moins de temps, mais bon. C'est quand même... Ça demande du temps.
- *En faire tous les jours. Est-ce possible ?*
« Rires ».
- Non, je dis pas en faire tous les jours, c'est une façon de parler.
Mais on en fait une fois par semaine, plutôt que de faire un débriefing comme on fait, ça peut être intéressant dans la mesure où on ne va voir que deux ou trois patients.
- *Oui.*
- Donc ça peut être aussi un choix.
- *D'accord.*
- Donc je dirai que ça ne pas être aussi en plus, ça serait plutôt à la place de.
- *Du débriefing, enfin classique dans le cadre d'un SASPAS?*
- *Oui.*
- *Ok.*
- Je pense que c'est quand même beaucoup plus porteur. La vidéo. Pour débriefer.
- *Oui.*
Quand vous dites porteur, c'est-à-dire ? Vous pouvez préciser ?
- Qu'on peut mieux améliorer la pratique.
- *D'accord.*
- Et aussi bien de l'interne que du maître de stage.
Parce que finalement, on se pose... On est amené à se poser des questions pour l'interne mais qui sont valables pour nous aussi.
- *Et quand vous parlez de pratique, alors on parle de pratique au sens... ?*
- Je dirai au sens relationnel avec le patient. C'est vraiment ce qui m'a frappé le plus, c'est l'ordinateur.

C'est la non communication, quand on est en train d'écrire. Enfin que l'interne est en train d'écrire sur l'ordinateur. Question que je ne m'étais jamais posée, parce que je pensais que ça allait de soi et qu'on devait forcément pas mettre en lien avec le patient. Et je me suis rendue que... Dès le lendemain, dans ma consultation, je me suis dit : « Tiens, il faut que je regarde, que je fasse attention à ça ». Et en discutant avec (interne), on a eu la même conclusion. C'est effectivement...

Et du coup, elle aussi, elle fait, elle essaye de taper en parlant au patient, pour voir si le patient est bien d'accord. En même temps, c'est une façon aussi de reformuler et de voir si on a bien compris le problème.

Ça c'est très avantageux.

- *Donc ça, c'est un objectif de progression ? Commun ?*

« Rires »

- Oui, oui. Absolument. Qui est devenu commun.
- *Ok. Et donc autour duquel vous avez pu échanger finalement ?*
- Oui. Oui, oui.

Et on s'est aussi rendu compte... Parce que dans le premier cas, c'était évident qu'elle patageait. Mais c'est parce que, en fait, elle n'avait pas vu le dossier du patient avant. Donc ça, c'est un gros souci quand on... Un patient avec un problème particulier, mais que c'est un peu le bazar dans le dossier, parce que, il a été vu par un interne, par un remplaçant... Enfin bon... Et que tout, n'est pas bien compris par celui qui prend le relai.

- *Oui, oui. La situation est complexe.*
- Et là, c'était sûr que de ne pas avoir lu le dossier, c'était... C'était le problème.
- *Alors, du coup, (interne), elle, elle est arrivée justement... Elle m'a parlé de cette consultation, avec tout un bagage, des doléances. Le fait que l'interne ce soit évalué avant, ça change la donne lors du débriefing ou pas ?*
(interne), elle s'est revue. Enfin, elle a revu cette vidéo. Et elle est arrivée au débriefing avec vous en ayant déjà revu, en ayant constaté des choses, vous avez l'impression que ça a changé la donne ?
- La donne, pour ?
- *Sur le débriefing, la façon dont s'est conduit, sur... ?*
- Je pense que c'est là, qu'on a vraiment pris conscience que le problème c'était la non connaissance du dossier.

Je pense que ça, ça a fait... Qu'effectivement, ça a changé la donne. Parce que je ne suis pas sûre qu'on aurait bien compris que le problème était à ce niveau-là au départ.

- *D'accord.*

Dans un autre contexte, on aurait pu avoir la même difficulté... ?

- Oui. C'était...

Peut-être parce que justement, il n'y avait plus de communication avec le patient. Et que le fait de se rendre compte, qu'il n'y avait pas de communication, on sait dit : « Pourquoi ? ». C'est parce qu'en fait, elle passe trop de temps à l'ordinateur et « Pourquoi ? ». C'est parce que le dossier... Elle n'a pas vu le dossier donc elle ne connaît pas...

- *Ok.*

(interne), donc elle était anxieuse de faire ça avant.

- Je pense, je pense.

« Rires ».

- *Qu'est ce que vous avez à dire par rapport à ça ? Ça s'est déroulé comment ?*

- Ah, ben, je pense que j'aurai été anxieuse comme elle. Moi si...

« Rires ».

Si on m'avait dit qu'on me filmait. C'est sûr que ça ne doit pas être évident.

- *C'est un obstacle ? C'est... ?*

- Alors, ça...

C'est pas sûr que ce soit un obstacle, je pense que c'est... Quand on sait que c'est pas forcément pour être critiquée de façon négative mais que c'est fait pour améliorer... Et que ce n'est pas des critiques...

Enfin, moi j'espère qu'elle n'a pas pris mes critiques comme des critiques négatives, plutôt positives.

Pour améliorer la pratique. Je pense que ce n'est pas forcément un obstacle.

- *Ok.*

Donc là, vous avez, au travers de la grille, vous avez quand même évalué les compétences, du coup, de votre interne.

Pour vous, ça débouche sur quoi ? C'est une évaluation qui est... ?

- Oh, je pense que ça n'a pas changé par rapport à mon évaluation sans la vidéo. Parce que je pense que cette évaluation est plutôt positive.

Mais, ça a simplement... Vraiment moi le problème qu'il y avait de flagrant dans toutes ces vidéos, ça a été le problème de l'ordinateur. Que je n'aurai pas forcément remarqué.

- *Ça, c'est un apport spécifique ?*

- Voilà. Tout à fait, c'est vraiment ça que j'ai vu.

Et puis, pareil, c'était les indices non verbaux. Mais évidemment on peut pas voir ça. Quand on débriefe, on ne peut pas les voir les indices non verbaux.

- *Oui, sans vidéo...*

- Donc ça c'est sûr...

Et le fait, par exemple qu'elle ne demande pas souvent au patient : « Comment il se sent ? Ou comment il voit ça ? Ou comment il le ressent ? ».

C'est des choses...

Alors, on a une grille quand même, qu'on peut utiliser quand on débriefe. Mais peut-être que de le voir, je dirai que c'est plus flagrant. Ça parle pas toujours...

- *D'accord.*

Flagrant pour vous ? Flagrant pour elle ?

- Pour moi, d'aborder ce problème.

Parce qu'on le voit. On voit tellement qu'il n'y a pas de... Enfin qu'elle ne voit pas le ressenti du patient. Ça se voit tellement qu'on ne peut pas passer à côté.

Alors que quand on fait un débrief sans vidéo, on peut très bien ne plus penser à ça et du coup... Comme ce n'est pas forcément automatique d'y penser... Je pense que de le voir, là, on ne peut pas passer à côté.

- *D'accord.*

- Donc là c'est quand même. Ça apporte... Non, c'est sûr que c'est un plus par rapport au débriefing...

- *Ok.*

Par rapport à tout ce que vous m'avez dit, vous avez des choses à rajouter ?

- Non, j'avais déjà dit. Que les MSU fassent pareil.

« Rires ».

- *Le tout est de les convaincre.*

- J'enfonçe le clou mais je pense que oui.

- *Ok.*

Je pense qu'on a à peu près fait le tour.

- Ah ben, c'est parfait. C'est très positif.

Verbatim ECA-MSU 3

- *Alors, est-ce que vous pouvez me parler de l'expérience d'utilisation de l'outil en supervision vidéo ?*

- Alors, j'ai une expérience surtout en formation médicale continue où j'ai utilisé la vidéo pendant des années et dans beaucoup de formations. Donc j'ai des centaines de médecins que j'ai formé avec de la vidéo. C'est à dire, j'enregistrais des entretiens simulés et on les débriefait ensuite.

Donc c'est surtout là, que j'ai de l'expérience dans la vidéo.

Après, j'ai travaillé sur un plan plus théorique avec les québécois sur l'exploitation des données vidéos, des enregistrements vidéos et en particulier sur la technique ALOBA.

- *D'accord.*

Donc là, vous avez fait quelques entretiens avec un interne, ça s'est passé comment ?

- Ça s'est passé bien, pour moi.

La tâche m'était facilitée parce que dans les deux premiers entretiens, je pouvais valoriser le travail qu'il a fait. Parce que, une des difficultés dans ce travail, c'est que, on voit vite les défauts des gens et on risque de très vite aller sur « pointer les défauts ».

Or, là, il y avait quand même des choses positives. Il y avait, pas quand même, il y avait pas mal de choses positives, qui permettaient de bien valoriser le travail ce qui rendait plus acceptable pour l'étudiant, tu vois.

Dans la dernière, il y avait, justement, des choses intéressantes à reprendre et du coup, ça a permis de faire une bonne reprise théorique en particulier sur l'empathie et la reformulation. Parce que là pour le coup, on a fait un bon travail, et long et je pense bon travail de reprise de l'importance de la reformulation.

- *D'accord.*

Alors, du coup, ça s'est passé comment le déroulement de cette... ?

- Ben, on a pris les trois enregistrements dans l'ordre.

Et alors, moi je les avais visionnés avant, donc j'avais pris un certain nombre de notes, de renvois que j'avais l'intention de lui faire.

Avant les visionnages, je lui ai... Lui, il m'a lu ses grilles de Calgary qu'il avait rempli.

- *D'accord.*

- Donc il a... Il me les a lues en me disant que finalement la plupart du temps, il répondait oui aux questions, qu'il ne se trouvait finalement pas... Ce n'était pas très difficile.

Il me disait qu'il ne s'était pas senti à l'aise et que pour lui, ça se voyait qu'il n'était pas à l'aise sur la vidéo. Ce que je ne trouvais pas vraiment, moi.

- *D'accord.*
- Donc, il avait ce sentiment, lui, qu'il ne se sentait pas à l'aise, moi, je le voyais plutôt assez à l'aise dans les vidéos.

Donc il y a commencé par me parler de ces grilles qu'il a remplies. Et ensuite, on a visionné une... L'une après l'autre.

Donc, voilà. Les deux premières, j'ai essayé de relever les aspects positifs. On a relevé le fait qu'il n'y avait déjà pas beaucoup de reformulation. On en a profité pour parler des attitudes de Porter dont il ne se souvenait plus très bien. On a fait un peu de théorie du coup.

Et puis sur la dernière, j'ai fait dérouler le... Pour lui mettre en... Dérouler la vidéo, pour lui faire prendre conscience de... Que, à un moment donné, il n'a reformulé qu'en partie et que du coup, ça s'est embarqué sur quelque chose qui n'était peut-être pas ce que la patiente attendait. Et du coup, c'était intéressant de faire cette analyse de...

Ben, oui, c'est ça, il y a l'agenda du patient et l'agenda du médecin. Et que le médecin, il a une idée dans la tête, et que cette idée dans la tête, en particulier, le fait de « Bon, il fallait éliminer un cancer du poumon », alors que ça ne se justifiait pas forcément. N'empêche, qu'il était parti avec ça dans la tête et comme il n'a pas... Il était plus dans cette préoccupation à lui et que du coup, il a oublié de reformuler et d'être dans la préoccupation du patient. Et ben, du coup, on a pu montrer, comment dans tout le reste de l'entretien, ben, on s'était embarqué sur les préoccupations du patient. Euh, du médecin.

- *D'accord.*
- Les préoccupations du médecin. Et du coup, peut-être, qu'on n'a pas fait attention que le patient... Il était un peu laissé pour compte et non seulement ça. Mais du coup, il était angoissé à la fin, quoi.
- *D'accord.*
- Donc, je crois que là, ça a pu être... Je pense qu'il a... Il me semble qu'il l'a bien entendu, on a pu travailler dessus, sans pour autant le charger, dans la mesure où, lui,

finalement, il a bien fait son travail médical. Mais du coup, il a bien, je crois... Et en sortant, il me dit : « Oh, là, je sens que je vais... Il faut que je retravaille la reformulation ». Voilà.

Il a bien accédé à cette conclusion.

- *D'accord.*

Et alors, ça, c'est quelque chose qu'il avait évoqué ? Parce qu'il a... Il s'est, lui, auto évalué auparavant bien sûr ?

- Pas du tout.

- *D'accord.*

- Voilà. Et que déjà, dans les deux premières, je lui ai dit : « Mais, attends, quel est l'outil de l'empathie ? ». Donc ça, il ne savait pas trop le dire. Je lui ai dit : « Oh, tu le connais quand même là ». Et donc je lui ai soufflé la reformulation, et il a dit « Ah, oui, c'est vrai, la reformulation. »

Il ne se souvenait plus trop quand même de ce que c'était. Alors, qu'en fait, bon, il comprend le... Il le comprend, il le sait. Mais sur le plan théorique, il a pas trop d'éléments théoriques en fait. Il n'a pas retenu trop d'éléments théoriques.

Donc, déjà dans les deux premiers, je lui avais laissé entendre qu'il n'y avait pas beaucoup d'éléments de reformulation dans les attitudes de Porter. D'ailleurs, il va retravailler là-dessus. Il a noté pour retravailler là-dessus.

Donc, il ne le faisait pas trop. Et donc, dans la dernière, du coup, on a pu aller dans le sens : « Ben, oui, la reformulation, ben, oui, c'est important quoi ».

- *En fait, la vidéo illustre... ?*

- De façon très explicite le fait que, on ne reformule pas, et du coup, on ne prend pas en compte les... Ce que dit le patient et surtout ce qu'il ressent et puis on part surtout dans ce que le médecin a dans la tête.

Et ça, je pense que c'était démonstratif et que du coup... Enfin, j'espère qu'il y a adhéré en tout cas. Parce que c'est toujours pareil, c'est... Peut-être que lui dira après comment... Ça peut être intéressant d'ailleurs à comparer à ce moment-là.

Comment, lui, il le voit, cette notion de reformulation.

- *Oui, comment il l'a intégré.*

- Par la suite.

Ben oui, et puis comment ça va être intégré surtout.

- *Donc il a bien rempli sa grille, il est arrivé avec des objectifs ? Des doléances ?*

- Euh, non. Lui, il était assez... Bon, ces deux éléments c'était... Il était assez... Il se sentait assez à l'aise avec ça. Et il se sentait très mal à l'aise de la vidéo.
- *A l'aise avec ça ? C'est-à-dire ?*
- Avec les outils de la grille. Sous-entendu, il pense qu'il le fait bien.
Ce qui n'est pas faux d'ailleurs, parce que manifestement il a spontanément une attitude qui est, bon,... Un peu...
Par contre, c'est au niveau reformulation, là, où il est... Bon. Les attitudes, il ne maîtrise pas bien, il est beaucoup dans l'enquête. Beaucoup, beaucoup dans l'enquête et puis il ne reformule pas du tout, quoi.
- *D'accord.*
Et donc, cet interne qui a finalement peu d'objectifs, comment essayer d'arriver à faire se dérouler la rétroaction autour de ça ?
- Alors, c'est justement, et je pense que ça rejoint une difficulté qu'on a eue pendant tout le semestre avec lui, qui était de... Dans l'analyse des situations, je sentais bien, j'ai toujours senti que, quelque part, il a le sentiment de bien faire son travail. Il a fait un premier remplacement, là, cette semaine, hier, et du coup, il disait qu'il se sentait très bien dans son... Pendant le remplacement, il se sentait beaucoup plus à l'aise parce qu'il ne se sentait pas... Pendant le stage, il se sentait encore un peu comme un élève et quand il était en débriefing, il se sentait encore avec quelqu'un qui le juge. Dans cette dynamique-là.
Alors quand il était en consultation hier en remplacement, parce qu'il a fait un remplacement hier ailleurs. Et là, il disait qu'il se sentait parfaitement à l'aise.
Et que... Peut-être, moi, ce que je ressens comme risque, c'est que justement, il ne voit pas ce qui lui manque.
- *D'accord.*
- Et qu'en particulier, il a certainement une attitude je pense, et ça se voit bien dans la vidéo, qui est suffisant accueillante pour que ça puisse effectivement être... Donner au patient le sentiment d'être écouté.
Mais par contre, il est quand même beaucoup dans ses représentations à lui. Et que la reformulation lui manque beaucoup.
Donc là, si ça peut passer comme message, je pense que ça, il gagnera beaucoup.
Parce que le risque c'est que ça devienne un scotome pour lui. Et ça, ça lui serait préjudiciable.

- *Là, vous nous parlez de scotome, c'est... C'est scotome et supervision, là, il y a un apport spécifique ?*
- Théoriquement la supervision doit aboutir à visualiser les scotomes justement. L'avantage d'une supervision devrait être ça.
Mais après, il y a aussi des... Comment dire... Des freins qui sont le... Ben, s'il a des scotomes, c'est pas pour rien aussi. Et que les freins, c'est... Ben des fois, on n'a pas envie de voir les choses non plus.
Le scotome, c'est ce qu'on ne voit pas. Mais parfois, souvent même, c'est au-delà. C'est qu'on a quelque part, pas intérêt à voir justement. Et c'est là le principal frein. Et là, pour sortir de ça, la vidéo c'est un outil extraordinaire. Tu vois ? La vidéo présentée de façon acceptable. Parce que si c'est une vidéo qui est trop chargée de... Avec risque de reproches par exemple, ça, ça peut pas passer quoi. Ça, ça peut pas être entendable.
Donc là, je pense qu'on a fait un travail de « Mettre en évidence de... Ah, il y a quelque chose qui aurait été plus aidant, là ». Et ce qui aurait été plus aidant, c'est la reformulation.
Donc là, l'intérêt de la vidéo, c'est cet outil qui probablement lui... Pour lui, en particulier, je pense que c'est quelque... Alors qu'il avait une peur bleue... Vraiment, il avait une peur terrible de cette vidéo. J'espère que ça va lui apporter des choses, tu vois.
Que peut-être la supervision sans vidéo n'a peut-être pas pu faire complètement, je pense.
- *C'est un plus.*
- Je lui ai... Tu vois pendant le semestre, je le sentais déjà bien ça, et j'essayais de lui renvoyer régulièrement un peu de théorie, quoi. De la théorisation.
Mais je sentais bien que ça... Et la preuve, c'est que lui, sur le plan théorique, quand tu lui demandes des éléments théoriques, il ne sait pas. Il a... Il n'a pas...
Pourtant, il les a vus dans les GEAPI, dans les formations, mais il ne les sait pas.
- *Ok.*
- *Par rapport à l'utilisation de l'outil en lui-même, du coup, il y a eu des retours ? Des soucis ?*
- Non, je n'ai pas l'impression.
Juste le son, qui effectivement, n'était pas très... N'était pas terrible. Mais autrement, non, je ne crois pas.

Enfin, moi, il ne m'a pas présenté de difficultés. Moi, je n'en ai pas eues non plus.

- *D'accord.*

Le son pouvait nuire à la compréhension ?

- Alors, parfois, il y a eu des moments où j'étais obligé de... Oui, de réécouter, oui.
- De prêter l'oreille.
- Une fois, ou deux, oui.
- *Ok.*

Et donc là concrètement, en fait, vous êtes arrivés au débriefing, l'interne avec sa grille. Vous avez pu échanger autour de ces éléments-là ?

- Oui.
- *Des retours sur la grille ?*
- Non... Si ce n'est que lui, il se sentait à l'aise avec, en fait.

Lui, dès le départ, puisqu'on l'a vu. Il se sentait à l'aise. Il... A priori, ça ne lui a posé de difficultés semble-t-il.

- *Ok.*

Donc, moi, ce que j'ai retenu, c'est que du coup, c'est quand même un outil que vous êtes habitué à utiliser. Peut-être pas exactement sous cette forme, mais que vous avez déjà utilisé par le passé.

Là, vous avez pu l'utiliser avec un interne en situation de stage classique. Par rapport à ça, concrètement, est-ce ça fonctionne ? Est-ce que vous avez des remarques ?

- Alors, ça fonctionne. C'est un outil...

Si tu veux, que ce soit avec les médecins en formation continue, ou avec un interne en formation initiale, pour moi, la puissance de l'outil est la même, si tu veux dans la mesure où... A la limite, j'ai parfois plus de réticences de la part des médecins en formation que celles que l'on décrit chez les internes. Parce que les internes... Enfin, je parle des échanges que j'ai, moi, avec les gens qui pratiquent ça de façon courante, en particulier les québécois, sont habitués et c'est des choses qu'ils acceptent facilement. Bon, là, il s'est trouvé que ce n'était pas le cas. Mais habituellement, malgré les craintes qu'ils ont, très rapidement, ils dépassent ces craintes et si on les utilise à bon escient, c'est-à-dire que c'est pas un outil de voyeurisme. C'est pas un outil de jugement de valeur. C'est vraiment un outil qui leur permet de... Quand ils ont bien compris ça, et que nous, on l'utilise de cette façon-là, habituellement, ça ne pose pas de problème.

Donc, les internes, on a plutôt à mon avis... On aura plutôt, plus de facilités que celles que j'avais, moi, parfois avec des médecins déjà en exercice, et surtout depuis longtemps.

Alors j'utilisais des techniques qui les permettaient de se familiariser progressivement pour que cette peur qu'ils ont de la vidéo s'en aille. Et que, quand on arrivait aux enregistrements, qu'ils puissent à ce moment-là, être tranquilles. Donc il y a avait des préalables... Des activités préalables avant l'enregistrement.

En particulier, par exemple, une technique que j'utilisais c'est de dire aux gens de parler pendant deux minutes d'un hobby et je les filme. Et ensuite, on débriefe. Et déjà... Et je les filme devant le groupe, quoi. Et déjà, quand les gens ont passé ça, juste à parler d'un hobby pendant deux minutes, après c'est beaucoup plus facile de se mettre en situation de consultation. Puisqu'en fait, on les filme après en consultation simulée. C'est pas avec des vrais malades, c'est des entretiens simulés. Mais quand ils sont déjà passés par ce hobby, en général, bon, ben, déjà le... La glace est un peu brisée et ils peuvent déjà aller un peu plus facilement.

Bon, après, il y a toujours des gens qui seront mal à l'aise avec ça. Mais très souvent, après, ça se passe bien.

- *D'accord. Il faut un premier temps...*
- Oh, ben oui. Il faut qu'il y ait une préparation parce que les gens... Surtout les gens qui sont en exercice, si tu veux, ils n'ont pas forcément cette flexibilité des jeunes et souvent ils sont déjà campés sur leurs certitudes. Hors la vidéo, ils le savent très bien, qu'on va voir. Et particulier, s'il y a des choses qui ne sont pas très... Ou des pratiques, qui ne sont pas forcément les bonnes pratiques par exemple. Et la crainte, c'est ça. C'est de se montrer dans son mauvais jour, quoi. Ou dans des mauvaises pratiques. Là, personne n'aime ça, quoi. Et d'être jugé en plus par des pairs.
- *Alors, là, du coup, par rapport à ça, au fait de s'habituer...*
En l'occurrence les internes et donc (interne), a fait une première série d'entretien, où il s'est juste auto évalué, vous, vous n'avez pas eu de regard sur ces vidéos. Par rapport à ça, vous avez eu un retour ?
- Ben, lui finalement, il... Le retour, c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est... Il trouve que la grille... Avec l'aide de la grille, ça se passait plutôt bien. Donc, ça lui semblait convenir, et le conforter dans le fait qu'il fonctionne bien, à priori. Ce qui est d'ailleurs le cas.

Mais ce qui ne l'empêchait pas d'avoir, comme il avait une grande appréhension... Ça ne l'empêchait pas de se sentir mal à l'aise. Et il me disait, lui, que, il se voyait mal à l'aise dans la vidéo. Alors que moi je le sentais pas vraiment. Je ne le voyais pas forcément mal à l'aise avec la vidéo.

Bon, je dirai, le fait de savoir qu'il y a un film, certainement que ça joue un peu, mais je ne le sentais pas particulièrement mal à l'aise. J'avais l'impression que, il fonctionnait à peu près normalement. Je ne serai même pas étonné qu'au bout d'un certain temps, dans certains moments, il l'ai un peu oublié quand même, comme ça, la vidéo, je ne serai pas étonné.

Mais enfin, lui, il maintenait quand même, que, non, il était mal à l'aise pendant tout le temps.

- *Il y pensait toujours un peu.*

- Oui, oui.

- *Ok.*

Vous m'avez dit tout à l'heure, que donc, la supervision sur la vidéo avait été longue.

- Ah, oui, oui. On a mis pratiquement deux heures, là.

- *Ça, c'est un frein ? C'est un obstacle ?*

- Alors, de toute façon, moi dans les supervisions habituelles, je passe facilement au moins une heure et ça peut aller jusqu'à deux heures, et même des fois, ça a dépassé. Cette durée-là, elle ne me gêne pas en tant que telle, mais on a visionné trois consultations. Donc, il est évident que ce n'est pas un outil qu'on utiliserait pour toute une journée de consultation par exemple.

Mais, par exemple, d'utiliser une consultation dans la journée... Après il faudrait voir comment mais... En enregistrer plusieurs, puis en extraire une, et faire une supervision dessus... En plus de la supervision que l'on ferait sur les autres consultations, mais sans vidéo... Moi, ça me semble être tout à fait adaptable, ça.

- *D'accord.*

- D'autant que moi, maintenant, quand je forme les... J'ai encore eu une formation récente là, de nouveaux maîtres de stage pour les SASPAS, et puis je vais encore en former dans 15 jours d'autres à Bordeaux. Moi, j'insiste toujours sur le fait, que la supervision du SASPAS, c'est pas 5 minutes, comme ça entre deux portes. C'est un vrai travail, qui doit être long et qui doit reprendre toutes les consultations. Je ne sais pas si on l'avait fait avec toi ça. Toutes les consultations et pendant une durée suffisamment longue. Parce que sinon, ça n'a pas d'intérêt.

Enfin, ça n'a pas d'intérêt... Sinon, on ne fait pas notre travail.

- *Donc, en l'état, c'est un outil qui peut trouver sa place... ?*
- Qui doit trouver sa place. Et je ferai tout ce qu'il faut pour. Pour qu'il le trouve.
- *Ok, très bien.*

Vous m'avez parlé d'ALOA tout à l'heure. ALOA et la vidéo.

Comment dire, en l'occurrence dans notre travail aujourd'hui ?

- Alors, j'ai... J'ai pas suivi le schéma d'ALOA. Mais c'est une... Parce que, moi, j'ai beaucoup l'habitude de la vidéo. Donc, je fonctionne avec mes propres... Je dirai mes propres grilles de lecture. Mais c'est un outil, pour des maîtres de stages qui se forment à ça, qui leur donne un... Qui leur donne un... Comment dire une... Un mode de travail qui leur permet d'aller dans le bon... Dans un bon déroulement de supervision, en particulier avec la vidéo.

Mais même sans la vidéo, l'ALOA aussi, peut être utilisé même sans vidéo, mais c'est une trame qui aide les gens, au moins les débutants, à travailler.

Donc ça, quand je le présenterai... La vidéo, je la présenterai toujours avec l'ALOA.

- *D'accord.*
- Donc l'ALOA, et avec la grille de Calgary. Non, toi, tu n'étais pas au congrès à Clermont, donc je l'avais présentée... J'avais fait un atelier avec ça, et dans cet atelier, j'avais présenté l'ALOA, avec... Il y a d'une part la technique de l'ALOA et puis la grille de Calgary, qui est un support à cette technique.
- *Et là, justement, on a utilisé la grille de Calgary... ?*
- Ben, c'est ça.
- *Et la vidéo.*
- Et la vidéo.

Donc, je m'en suis servi un petit peu, hein.

Mais en même temps, dans l'ALOA, tu as deux aspects. Par exemple, c'est d'essayer de faire prendre conscience à l'étudiant, quel était... Quelles étaient les attentes du patient et en face quelles étaient ses attentes à lui. Quels étaient ces objectifs à lui, puis en face ceux du patient. Faire prendre conscience à l'étudiant que, il a lui ses objectifs, mais que le patient, il a les siens aussi, quelque part. Et c'est très important, ça, tu vois. Donc, ça... Et puis, ensuite, de valoriser la réflexivité et en particulier la... C'est une méthode qui aide à trouver des solutions quand il a une difficulté vis-à-vis de... En consultation. Comment on peut, par exemple, trouver d'autres ressources. Comment on pourrait faire autrement. Par exemple, une question qu'on pose dans l'ALOA,

c'est : « Voilà, attends, là, si... Est-ce qu'il y aurait une autre possibilité par exemple ? Qu'est-ce qu'on aurait pu faire autrement ? ».

Hein, tu vois ?

- *Oui, oui.*

- Donc... Là, il y a eu des moments, où je l'ai un peu utilisé par bribes, mais... Mais, bon, comme j'ai aussi d'autres outils de lecture de la vidéo, je les ai utilisés aussi.

- *Ok.*

On a déjà évoqué pas mal de choses, est-ce qu'il y a d'autres points, que vous auriez souhaité évoquer ?

- Non. Ca me conforte dans l'idée, et puis ta thèse à mon avis, va bien... On va essayer de la divulguer le plus possible.

Conforter l'idée, qu'il faut absolument que... Qu'on passe à la vitesse supérieure, hein, au niveau de la vidéo, parce que c'est un outil extraordinaire. On a beaucoup de retard par rapport à nos collègues québécois en particulier.

En France, il n'y a pas beaucoup de gens, d'équipes qui l'utilise et bon, moi, j'ai pas trop de temps en ce moment. Mais je voudrais encore insister pas mal pour que ça puisse être encore utilisé à une plus large échelle, quoi. Je vais continuer à mobiliser les troupes pour qu'elle soit adoptée, quoi.

- *Merci beaucoup. Je pense qu'on s'arrête là.*

Verbatim ECA-MSU 4

- *Alors, est-ce que tu peux me parler de ton expérience d'utilisation de l'outil vidéo ?*
- Alors, mon expérience, ici, avec les internes ?
- *Tout à fait.*
- Ecoutes, moi j'ai trouvé ça plutôt satisfaisant.

Alors que, tout avant mes propres expériences en vidéo et ce qu'on a fait ici, vraiment pour moi, ça me paraissait quelque chose de rébarbatif, que je ne connaissais pas, qui allait faire suer mes patients, pas m'intéresser et voilà. J'étais plutôt contre, au début. En plus... Voilà, c'était pas une de mes idées et donc voilà.

Donc, en fait, j'ai trouvé ça complètement à l'opposé de ce que j'avais pensé. J'ai trouvé ça passionnant, n'ayant pas du tout embêté mes patients et ça, pour moi, c'était super important.

J'ai trouvé que c'était très riche, et, pour l'interne que j'ai dû superviser enfin après, et, pour moi en retour, parce qu'il y a pleins de choses que je me suis dit : « Ben, moi aussi, si ça se trouve, j'agis comme ça, et je fais ça, et c'est sûrement pas bien. Et peut-être que, moi aussi, un jour, je me filmerai pour regarder ce que je suis capable de faire. ». Mais bon... Ça, c'est un peu plus dur.

« Rires ».

C'est vrai, quoi ?

- *Effectivement.*
- Et ouais.

Mais, n'empêche que voilà. J'ai trouvé ça, vraiment... Bon dans l'approche, voilà, de toutes les compétences d'un médecin généraliste, et c'est top, quoi. Parce que ça permet de... Vraiment, d'identifier toute la trajectoire de la consultation avec et ben, tous les moments de doute, les moments de silence, les moments de non verbal, ou de... Vraiment toutes ces... Tous ces moments de consultation, j'ai trouvé ça très bien de pouvoir les identifier comme ça.

- *D'accord.*
Tu m'as parlé du non verbal.

- Ouais.

Oui, j'ai parlé du non-verbal, puisque...Voilà, moi, je sais que je parle beaucoup, mais, en fait quand on regarde la vidéo, on voit que les internes utilisent des postures. Des postures en avant, des postures un peu... Un peu différentes.

Que les gens... Voilà, tout ce qu'on apprend autrement, on le voit vraiment, quoi. Ils sont en retrait, ils mettent les bras sur le bureau. Il y a pleins d'attitudes comme ça où on se rend compte, oui, que les gens sont à l'aise, pas à l'aise, qu'ils ont envie de dire quelque chose, qui ont...

Mais du coup, ils utilisent, ben, les mains, ils utilisent le regard, ils utilisent différentes techniques quoi, auxquelles on ne fait pas forcément toujours attention, quand on ne fait que écouter.

- *D'accord.*

Et donc là, t'as pu mettre ça en évidence ?

- Ouais.

Euh, oui... Je repense à quelques... Quelques scènes effectivement, où on en a reparlé avec une interne là et puis une autre fois. Où l'interne était complètement... L'un et l'autre, en fait. Soit complètement dans la consultation, en étant vraiment en empathie, en avant et cetera. Et puis d'autres où on voyait que, il y avait un certain retrait, de part et d'autre, entre le médecin, l'interne. Oui, c'est assez flagrant en fait. Quand on regarde.

- *Et donc ça, c'est quelque chose dont t'avais parlé à l'époque avec l'interne ?*

Elle avait... ?

- Oui, oui, oui.

Enfin, en tout cas, sur la dernière série, on en a parlé, oui.

- *D'accord.*

Et c'est toi, qui avais évoqué, du coup, ça ?

- Euh... Ben, en fait non.

Mais à partir de la grille, toute façon, euh... Voilà, on parle du « J'ai facilité non verbalement les réponses du patient ». Alors... Voilà, par rapport à la grille du coup, il y a des questions qui m'ont un petit peu perturbée.

Parce que voilà, « J'ai facilité non verbalement les réponses du patient », euh... Voilà. La vidéo ne permet pas de voir, le froncement des sourcils, les petits sourires et cetera. C'est pas bien orienté et ça on ne peut pas le voir, en fait.

- *D'accord.*

- On voit juste les postures, ben, des mains, du hochement de tête, des choses comme ça. Mais il y a pleins de choses, là, qui sont inscrites... Ben, en fait, moi, j'ai pas pu décrypter ça en tout cas.

- *D'accord.*

Il manquait du matériel pour... ?

- Ouais.

Mais bon, après, est-ce que c'est vraiment important de décrypter tout.... Enfin, je ne sais pas, c'est pas moi... Après c'est pas moi qui...

- *C'est-à-dire que, avec ce que t'avais, t'arrivais pas forcément à répondre à la question ?*

- Ouais, voilà, c'est ça.

Ouais, parce que... Est-ce que, oui, elle a facilité le non verbal ? Oui, dans certaines phases, mais après, pas dans tout ce que l'on me demandait là.

Je... Je sais pas, je ne pouvais pas l'interpréter en tout cas.

- *D'accord.*

- *Il y avait d'autres items du coup, où, en particulier... ?*

- Alors... Là, c'était pareil, c'était un peu technique, quoi : « J'ai utilisé l'empathie non verbale : buste penché dans l'axe du dialogue, expressions faciales ». Après, la salle, n'est pas forcément bien organisée par rapport à la consultation.

Parce que, ça, vraiment à la vidéo, c'est compliqué à voir : « L'expression faciale adaptée aux émotions... Exprimées vers le patient... ». Alors...

Et puis, « posture en miroir ». Voilà, je me suis posée la question : « C'est quoi une posture en miroir ? ».

« Rires ».

Je me suis dit : « C'est quoi, ça ? ». Alors peut-être, tu pourras me répondre après. Après.

« Rires ».

Voilà.

- *En tout cas, ça, c'est des exemples, qu'on a donné, mais qui ne t'ont pas parlé, ou qui n'ont peut-être pas parlé à l'interne ?*

- Mais, oui, oui. C'est ça.

On en a discuté ensemble, mais... Voilà.

C'est surtout que c'était difficile de l'interpréter. Comment on le voyait, et comment, elle, elle l'avait... Elle ou il, l'avait senti à ce moment-là. J'ai eu un petit peu de mal.

Et puis... Et puis, ben, non, c'est tout. C'était ça. Parce que, au niveau de la grille sinon... Sinon, tout était assez facile : « J'ai utilisé les techniques de questions... », voilà. Différentes phases, différentes techniques.

Au niveau de la verbalisation, en fait, c'est plus simple. Parce que du coup, on écoute, on voit bien, mais... Mais, voilà, au niveau de tous les gestes... Peut-être qu'il faudrait des trucs plus précis, mais voilà. Je ne sais pas quel en serait l'intérêt, en tout cas.

- *D'accord.*

C'est-à-dire, que là, ce qu'il manquait, pour toi, en tout cas, c'est d'arriver à caractériser certains éléments du non verbal parce que le champ de la caméra ou l'image n'était pas forcément... ?

- Oui, voilà.

Mais, après, voilà, je me suis dit...

Mais, déjà, on voyait quand même beaucoup de choses, dans le non verbal. Alors, est-ce que tous ces petits détails pouvaient changer quelque chose, après dans la globalité de la réponse du médecin par rapport au patient. Je sais pas.

Alors, du coup, par contre, là, dans les « Plutôt non », « Plutôt oui », « Plutôt tout à fait », j'ai... Bon. J'étais pas très à l'aise pour répondre, en fait.

- *D'accord.*

- Parce que je ne pouvais pas répondre précisément en fait.

- *Donc, ça, c'était ton feedback à toi, au cours du débriefing ?*

- Oui.

- *Et alors, quand tu en parlais avec l'interne... ?*

- Mais, oui, oui.

C'est pareil, quand on regarde, même à deux, enfin c'est compliqué de se dire : « Ben, l'autre il a froncé les sourcils ou pas ? Est-ce que tu te souviens ? T'as froncé les sourcils, toi, à ce moment-là ? ».

« Rires ».

Voilà, c'est des... Je suis pas sûre que ce soit... C'est marqué, là, mais je suis pas sûre que ce soit très utile dans ce qu'on va en faire après.

- *Comme matériel de débriefing ?*

- Oui.

- *Alors du coup, ces débriefings se passaient comment ?*

- Ben, en fait, on a parlé de chaque item.

D'abord, donc les internes le font eux-mêmes, enfin il regarde le truc...

- *La première série.*

- Ensuite, on a regardé ensemble.

Non, non, non. Ensuite, j'ai regardé toute seule.

Et ensuite, on a débriefé ensemble, pour voir ce qui était... Ce qui pouvait se rejoindre, quoi.

- *Oui.*

- Et... Donc... Ben, effectivement...

Après moi, tous les autres items, ben, ça s'est plutôt... Mais, ça nous a fait un peu rire, parce que, quand même, parce que oui, voilà, quand on a ça, on se dit : « Ah, ben oui, là. Là, j'ai fait que regarder l'ordinateur ou là... ». Voilà, mais ça, c'est vraiment... C'est une super aide.

Ou même quand les patients semblent un peu, comment dire, enfin pas très à l'aise parce que... Souvent, nous, je me souviens. Au début quand on avait l'informatique, au début, on disait... Les gens nous disaient : « Attention, vous êtes plus avec votre ordinateur qu'avec nous. ». Maintenant, c'est passé un peu dans les mœurs, mais n'empêche que, ben, il y a des fois, il ne faut pas rester tout le temps, le nez fixé sur l'ordi. Parce que, on voit bien le désarroi des gens, en fait, quand ils sont en face d'un médecin qui ne vit qu'avec son ordinateur. Donc, il y a des moments, où... Il faut vraiment... Mais je pense qu'il faut qu'on soit vigilant. En plus, moi, je sais que je ne tape pas vite. Et je pense qu'il y a des moments où je devrais peut-être aussi être plus en communication ou en communion avec le patient, plutôt que d'être...

Alors, c'est ce que je disais avec l'interne, il faudrait une astuce pour être toujours en face, et avoir l'ordinateur, peut-être dessous... Enfin, je sais pas, il faudrait un truc pour pas être penché vers cet ordinateur, enfin c'est... C'est assez terrible. Parce que vraiment, on sent, enfin, les gens qui sont... Qui ne sont pas forcément bien dans leur solitude... Voilà.

- *Face au médecin ?*

- Ouais, face au médecin.

- *Et ça, c'est une réflexion qui t'as parlé suite aux... ?*

- Alors, bon, déjà avant, je me disais : « Bon, voilà. ». Mais là, c'est flagrant quoi. Là, c'est flagrant. On le voit. On voit bien que... On voit tous les personnages, et l'ordinateur fait partie du groupe.

« Rires ».

Et là, tu te dis : « Houlà, bon. ».

- *Ok.*

Donc, du coup, vous...

En tout cas, chacun de votre côté, vous avez revu les vidéos, à l'aide de cette grille. Tu l'as vu comment ? Tu l'as utilisé comment, la grille ?

Un support ?

- Euh... Support ?... Oui, pour m'aider à... Peut-être à... Comment dire...

Oui, parce que j'aurai... Je pense que je n'aurai pas été capable sinon d'identifier exactement... Voilà, regarder vers le patient... Tu vois, il y a pleins de petits items qui étaient importants pour moi, que je m'identifie bien tous ces items, même si la grille de Calgary je la connais un peu.

« Rires ».

Pour que ce soit bien... Assez précis, quoi.

- *D'accord.*

- Et voilà.

- *Il y a des choses que tu as vu avec cette grille sous les yeux, que t'aurai peut-être pas vu en revoyant la vidéo seule.*

- Oui. Ah ouais, ouais, je pense.

Je pense que je ne les aurais pas fixées, en fait, de la même façon. Ça permet de mieux fixer les items.

Tu vois, quand on dit : « Eviter le jargon médical ». Bon, ça, c'est un truc qu'on pense tout le temps, nous. Mais... Bon, c'est noté là. Donc, à ce moment-là, on se dit : « Oui, ben, oui. Ecoutes. Ecoutes bien, ça. Et t'éviteras de parler avec des mots... Voilà, que les gens ne comprennent pas, quoi. ».

« Rires ».

On peut parler concierge, des fois.

- *C'est ça.*

- Bon.

- *Donc ça, c'était ton utilisation, à toi, de la grille ? Et en face t'avais l'interne ?*

- Oui.

- *Tu l'as perçu comment de son côté ?*

- Du côté de l'interne ?

- Oui.

- Ah, non, mais c'était facilitateur, quoi, en fait.

- *D'accord. Facilitateur.*

- Euh... Ouais, oui, oui. Parce que, on... Justement, on avait des choses... A partager, quoi, par rapport au... Par rapport à ce qui avait été fait.

Puis facilitateur, puisqu'en fait, ça ne venait pas de moi. C'était pas...

Parce que souvent en débriefing, c'est quand même... On parle mais... On voudrait pas être une référence, mais... Mais n'empêche que, on donne quand même une autre... Là, c'est quelque chose d'extérieur, qui vient vraiment compléter tout ce qu'on peut apprendre chaque jour. Que plutôt... Mais qui en fait... Chaque jour, on parle de nos cas, de différents... Mais, on parle beaucoup moins. Et je me rends compte à chaque débrief, on peut pas parler des attitudes puisque, on n'a pas de support pour en parler, en fait. Les internes ne sont pas filmés tous les jours.

- *Non. Et ça, c'est un apport spécifique ?*

- Ouais, ouais.

Enfin, à mon avis, mais... Mais oui, si, je pense que c'est vraiment important.

- *Du coup, lors de cette supervision, où tu m'as dit que vous partagiez quelque chose avec l'interne autour de cette grille.*

C'est-à-dire ? Tu peux essayer de développer un petit peu ?

- Alors...

Ce qu'on a partagé surtout, c'est... C'est le fait de : « Comment écouter les gens, comment recevoir leurs attentes ». Mais on en parle déjà, souvent quoi. C'est encore plus vrai quand c'est filmé, quoi. « Comment ne pas couper la parole, comment essayer de synthétiser les choses, de faire reformuler aux gens », voilà. Parce que c'est vrai qu'en débrief ordinaire, on a du mal à parler de tout.

- *D'accord.*

- On se dit, un soir : « Ben, on va parler, bon, comment tu te sentais par rapport à telle consult', où t'en étais et cetera. ». Mais, on... On parle de tous les items qui sont là, quoi. Et, comment on laisse la parole. Mais n'empêche qu'il faut que ce soit dans un temps donné, quoi, il faut que ce soit bien cadré nos consult'. Un temps donné, et pendant tout le temps de la consult', il faut avoir essayé de faire ça, de façon... De classer, en fait, avec toujours...

Enfin, moi, c'est ce que je dis aux externes : « Tu commences l'entrevue avec ton patient, tu demandes toujours les mêmes choses, tu laisses parler et à la fin, tu termines en faisant une synthèse, en demandant aux gens, si, ils ont bien compris... Voilà. ». Il faut pas que la consultation soit complètement... Soit aléatoire, quoi. Il faut qu'il y ait... Ben, voilà, c'est pour ça, que les grilles sont faites, quoi.

- *Ok.*

- Que tout soit, à peu près.... On doit établir un ordre, voilà. Et essayer de le faire respecter. Mais bon, après...

- *Ok.*

Tu m'as dit... Tu me donnais des exemples en termes de supervision. Tu m'as dit, c'est plus vrai en vidéo.

Qu'est-ce que pour toi, ça voulait dire ? C'est-à-dire que... ?

- Ben, en fait, quand tu fais de la supervision, l'autre peut toujours te dire ce qu'il a ressenti, comment il était : « Non, non, mais là je me suis senti bien par rapport à ce patient, j'étais à l'aise et cetera. ».

Sauf que, en vidéo, tu dis : « Mais, est-ce que vraiment à ce moment-là, tu t'es senti à l'aise ? Est-ce que vraiment à ce moment-là, tu l'as laissé parler ? Ou t'as pas, toi-même donné les réponses à des questions ? Enfin les réponses après les questions ? ».

« Rires ».

« Si, si, en fait, j'ai fait ça. » Voilà.

C'est ça, c'est que, autrement on a le ressenti de l'interne quand on débriefe. Là, on a le ressenti, et hop, la vidéo nous met ce qui est ressenti et ce que nous on voit en fait.

Parce que des fois, le ressenti de l'interne n'est pas du tout ce que nous on peut imaginer. C'est... Voilà, il y a un petit fossé entre les deux. Parce que, comme on dit des fois : « Non, non, mais je me suis senti super à l'aise. ». Et bien, justement, on va causer : « Tu t'es senti à l'aise sur quoi ? ».

« Rires ».

C'est vrai quoi, c'est... Là, et bien voilà, on peut...

Mais, moi, je demande à refaire ultérieurement, mais t'auras fini ta thèse...

« Rires ».

Parce que, en fait... Mais, bon, je pense que... Vraiment, je pensais que c'était pas très utile, mais vraiment je crois que c'est la meilleure façon pour... Pour faire modifier son comportement, sans être... Et nous même, nous modifier notre comportement, vraiment.

- *D'accord.*

Au travers de la vision... Alors, toi, en tant que maître de stage, du coup, de ce qu'a pu faire l'interne en vrai. Enfin...

- Oui, oui.

Et c'est pas du voyeurisme, hein ? C'est pas... C'est juste pour montrer combien... Combien pendant la consultation, voilà, il a ou pas laissé la parole à l'autre, il a ou pas

été attentif parce qu'il était la tête sur l'ordi, ou parce qu'il avait l'air complètement ailleurs... Voilà, c'est... Enfin, je crois que le faire de voir et de se voir, moi, je sais pas, c'est très important.

- *Pour appuyer... ?*

- Oui. Mais bon, après, est-ce que... Enfin, je crois pas que... Tous les médecins aimeraient être filmés. Parce que moi, jusqu'à il y a quelque temps, j'aurais pas aimé du tout, alors...

« Rires ».

Alors, après, petit à petit, t'évolues. Il y a des choses qui se passent dans la vie.

- *C'est sûr.*

Et alors, donc du coup, tu m'expliquais que t'avais pu mettre en relief des choses que peut-être l'interne n'avait pas ressenties ?

- Ah, oui, oui, oui.

- *Donc, du coup, comment tu gérais ça, toi, lors de ta supervision ?*

- Ben, je repense à un truc, là, où vraiment...

Ben l'interne avait posé des questions et donné les réponses en suivant. Et moi, après je lui dis : « Et, là, qu'est-ce que t'as pensé de cette partie de discussion avec le patient ? Qui a fait quoi ? ». Bon, voilà, on a rigolé. Parce qu'elle a dit : « Oui, en fait, j'ai peut-être donné trop les réponses. ».

« Rires ».

Oui, bon, voilà. Je pense que j'aurai été capable de faire exactement pareil. Parce que, il y a des fois où, on est pressé, ou machin, et... Et des fois, je pense qu'on donne les réponses alors que c'est les gens qui... Enfin, c'est le patient qui normalement fait carrément... Enfin, c'est lui qui doit proposer ses réponses, sinon...

« Rires ».

Sinon, on sait très bien que ça ne marchera pas.

- *Et donc, du coup, ça, ça s'est... L'interne le vivait bien ?*

- Oh, ben, oui.

Enfin... Franchement... Franchement, je n'ai pas eu l'impression... Enfin, je sais pas, tu verras ce qu'elle dira l'interne... Mais bon... Parce que c'était des petits détails quand même, qui n'était pas... Enfin, je n'ai pas eu l'impression de le présenter comme quelque chose qui était grave, en soin. Mais c'est plus des techniques, donc... Voilà.

Après de quoi on a parlé... En tout cas, je ne me souviens plus très bien de ce que j'avais parlé ou au cours des autres...

- *Des autres entretiens ?*

- Voilà.

Mais là, récemment, c'était plutôt... Il y avait quand même beaucoup de choses positives, hein, dans ces entretiens. C'était quand même, qu'il y avait une bonne écoute, une bonne... Oui, une bonne empathie. En dehors, d'une consult', sur ce côté question-réponse, sinon c'était quand même très bien mené.

Alors... Ce que je sais pas, c'est que, est-ce que le fait d'être filmé modifie la consultation de l'interne ou pas ?

- *Dans la consultation, tu veux dire le comportement, en fait ?*

- Ouais. Oui, oui.

Est-ce que, quand on sait qu'on est filmé, on change d'attitude ?

- *Tu l'as perçu comment, toi, ça, du coup ?*

- Ben, j'ai pas eu l'impression. Mais c'est difficile ça de savoir si je m'applique beaucoup plus parce que je sais que je suis filmée, et que la dame, elle va me regarder.

« Rires ».

Et que tout le monde va le savoir. Enfin, tu vois, je... Bon, voilà.

- *Et t'as eu des retours de ça du point de vue... ?*

- Ben, non, en fait.

- *Pas spécialement ?*

- Mais, bon ça serait peut-être... Mais après... Alors, voilà, c'est magnifique, tu déroules...

Est-ce que, on va dire que, on sait qu'on a fait gaffe parce qu'on est filmé ? Voilà.

- *Il suffit de le faire soi-même et puis on sait.*

« Rires ».

- Ouais, ouais, voilà. Ouais.

- *D'ailleurs, à ce propos, tu m'as parlé des patients, de l'impact que ça pouvait avoir, ta crainte au début. Verdict à posteriori ?*

- Verdict. J'en ai revu, en fait, qui ne m'ont rien dit. Donc, en fait, qui ne dit rien, consent.

« Rires ».

Et, puis, en fait, en plus dans la vidéo... Alors si... Enfin... Il y en a un, mais qui... Pff, toute façon, il était odieux avec l'interne... C'était sur les six mois précédents, il était odieux, mais... Pff, toute façon voilà. Il était... Je pense que... Ça ne s'était pas très bien passé, mais... Voilà, quoi, c'est le personnage aussi de la consult'... Et à la limite, ce n'était pas très grave parce que... Voilà. Après, il y en a un autre qui avait l'air très content de se filmer : « Ouh, Ouh, je suis filmé aujourd'hui ! ».

« Rires ».

Enfin, bon, voilà.

Après mais... Mais, en fait, bon, on leur demande leur consentement quand même aux gens. Donc... Bon à priori... Après, je n'ai pas eu de retours, personne ne m'a dit : « Non mais attendez, c'est quoi ces trucs, on filme les gens. ». Ouais. Non, non, non.

- *Pas de soucis à priori ?*

- Non, non.

- *Ok. Donc ça c'est bien.*

Du coup, t'as été amenée aussi à utiliser cette vidéo. Des problèmes par rapport à tout ça ?

- Technique ?

- *Technique par exemple.*

- Non, parce que je demande qu'on m'aide. Alors...

« Rires ».

C'est sûr. A chaque fois : « Oh, c'est où qu'on appuie ? ». Mais moi, je suis pas douée en technique. Alors... Voilà, je l'avoue, je... Mais bon, tout le monde est là pour m'aider donc il n'y a pas de problème.

- *Donc c'est bon.*

Ok.

Donc, là, on a évoqué pas mal de choses, est-ce que t'as des suggestions ou des améliorations en vue ?

- Alors... Est-ce que ça pourrait être fait dans un autre... Mais bon... Voilà, on a déjà une salle qui est pas mal, alors... Dans... Comme je disais au début, il y a des choses qu'on ne filme pas complètement, mais... Je sais pas si vraiment c'est utile. Mais peut-être. Dans ce cas-là, il faudrait avoir un outil hyper performant, quoi. Mais bon...

Mais sinon, voilà, je pense que... Ce serait souhaitable qu'on le refasse à chaque fois qu'on a des internes. Au moins, sur deux ou trois consult', pour vraiment voir ce qui se passe...

Alors, après le truc, faudrait le faire sur tous, et puis « tchouk », tirer une consult' au hasard. Voilà, pour se dire... Ben, voilà, c'est ce que je disais tout à l'heure. Est-ce que les internes font un peu mieux ce jour-là ?

- *Si, tout est filmé...*

« Rires »

- Et ouais...

Mais après, ça fait un peu... Mais, bon, après pour la... Comment dire. Pour parler des compétences d'un médecin dans sa vie de tous les jours, là, ça pourrait être peut-être bien comme ça.

- *Et alors, le faire régulièrement, du coup...*

- Ouais, ouais.

- *Ça poserait... Ce serait faisable ?*

- Ouais, ouais.

Ben, ça pourrait être faisable si... Enfin, il faut que les gens soient ok, toujours. Mais, ouais, ouais, moi je trouve que ça serait bien, parce que, du coup, il y aurait pas ce côté : « Je suis filmé une fois et on me regarde et voilà je fais un peu gaffe. ». Mais peut-être pour se dire...

Mais après, est-ce que nous, on ne deviendrait pas genre les censeurs. Enfin, genre les... Le côté : « Je t'ai vu là... ».

« Rires ».

Mais après, il faut... Faudrait pas que les internes le prennent comme ça, quoi.

- *Censeur ? C'est-à-dire en fait ?*

- Ben genre, je te pioche là, pour te dire : « Là, je... ».

« Rires ».

« Là, t'étais... T'étais pas dans... ». Enfin... Mais bon.

Je crois que, au fur à mesure que le temps passe, au fur et à mesure, les jeunes vont s'habituer à ça.

On s'habitue... Parce que avant, nous, les débrief', on savait pas ce que c'était. Voilà, donc petit à petit... Maintenant, ça ne gêne plus personne de parler sur sa consult', de parler sur son ressenti, de parler...

Alors est-ce que ça générai d'être filmé tout le temps ? Peut-être même pas.

Là, on a bien vu, il y a des... Encore des internes qui sont un peu... C'est difficile, hein, à filmer. Mais après, comment ça se passe ? Ça se passe peut-être bien aussi.

- *La peur en fait du regard... ?*

- La peur du regard de l'autre. Mais... Alors.... Je pense qu'il ne faut pas avoir peur, dans le sens où l'amélioration de nos consultations viendra par le fait qu'on soit plusieurs à donner des avis sur ce qui est une vraie consult', quoi.

Je crois... Que ça ne peut venir que comme ça.

Et bon, moi vraiment, j'ai complètement changé tout au cours de ma carrière. Et maintenant, les grilles ne me font plus peur. Et maintenant, les... Voilà.

Donc, j'estime que les jeunes, vous qui êtes vraiment plus à l'aise avec tout ça. Ça devrait pouvoir bien évoluer.

- *Effectivement.*

Super, je pense qu'on a évoqué quasiment tout.

Est-ce que t'avais d'autres choses à préciser ? D'un ressenti particulier dont tu ne m'as pas parlé ?

- Non. Ça me vient pas là.

- *Très bien, je te remercie beaucoup.*

RESUME

Contexte : L'apprentissage de la communication médecin-patient permet d'améliorer la qualité des soins. Elle est un enjeu majeur des études médicales. La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est utilisée depuis plus de 40 ans avec succès dans cet objectif, notamment au Québec. Les obstacles techniques et humains (appréhension, manque de formation) ont jusqu'alors limité son utilisation en France.

Objectifs : Mise en place d'un outil associant SODEV et grille de Calgary-Cambridge, auprès d'internes en formation et leurs maîtres de stage, visant à créer les conditions favorables à une utilisation efficiente et acceptable.

Méthodologie : Cette étude qualitative à la méthodologie stricte (entretiens semi-directifs, double encodage, triple analyse des données à l'aide d'un logiciel dédié) a exploré le ressenti des maîtres de stages ayant testé l'outil sur sa facilité d'utilisation et son intérêt pour améliorer la supervision.

Résultats: Nous avons suivi durant un an 4 maîtres de stages et 6 internes au sein de la Maison de Santé de Ruelle-sur-Touvre (Charente), sur 45 enregistrements vidéo. Nous sommes arrivés à saturation des thèmes sans pouvoir prétendre à saturation des données devant la taille de l'échantillon. L'acceptation par les patients a été de 93%. Les maîtres de stages ont mis en avant la simplicité d'utilisation de l'outil. La spécificité de la SODEV dans l'apprentissage des compétences relationnelles a été soulignée. L'association de la vidéo à la grille de Calgary-Cambridge a permis d'améliorer la qualité de la supervision du point de vue des maîtres de stages, et de compenser l'absence de formation spécifique. Une démarche évoquant l'ALOA (Agenda Led Outcome Based Analysis) a été adoptée spontanément par les maîtres de stages. Ces données confirment la bibliographie anglo-saxonne sur le sujet.

Conclusion : Cet outil est simple, efficient pour améliorer l'apprentissage des compétences relationnelles, avec des apports spécifiques. Son usage doit être généralisé.

Mots clés : ALOA, apprentissage, auto-évaluation, communication, enregistrement vidéo, guide Calgary-Cambridge, hétéro-évaluation, médecine générale, outil pédagogique, relation médecin-patient, SODEV, supervision.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

