

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 **Laetitia DUMANGE**

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

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 (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
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. HOUETO 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, pédopsychiatrie (**surnombre**)
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. VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A 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 portez à cette thématique et à la formation médicale.

Nous vous exprimons nos sincères remerciements et notre respect.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Pascal AUDIER,

Pour avoir accepté de diriger ces trois thèses. Pour votre aide précieuse tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre considération et de notre gratitude.

A nos Membres du Jury,

Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT,

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Pour l'intérêt que vous portez à la médecine générale.

Veillez accepter mes vifs remerciements.

Madame le Professeur Virginie MIGEOT,

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez accepter mes vifs remerciements.

A ma famille,

Mes parents, mon frère, ma sœur, pour votre amour et votre soutien tout au long de ces études. Pour avoir toujours été présent, y compris dans les moments difficiles et dans la préparation de cette thèse.

Ludovic, pour ton amour et ton soutien au quotidien. Pour avoir su être patient lors de la préparation de ce travail !

Ma belle-famille, pour votre aide et votre soutien.

A ceux qui m'ont aidé durant cette thèse,

Aux internes et MSU, qui ont accepté de participer à cette étude. Qui ont répondu présents malgré certaines appréhensions initiales.

A Nicolas et Augustin, pour ce travail original. Pour ces moments difficiles, mais surtout pour les meilleurs.

A mes amis, pour leur soutien, les bons moments passés ensemble et ceux à venir !

A ceux qui m'ont accompagné pendant mes études, médecins, internes, équipe soignante et qui ont su partagé leur goût de la médecine générale.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALoba : Agenda Led, Outcome Based Analysis

CAQDAS : 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 Stages Universitaires

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

OSCE : Objective Structured Clinical Examination

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

SOMMAIRE

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 ?	8
1.2.1.	Concernant la SODEV	8
1.2.2.	Concernant la grille de Calgary-Cambridge	8
1.2.3.	Concernant ALOBA	9
1.3.	Nos objectifs dans ce contexte.....	9
1.3.1.	Que proposons-nous?	9
1.3.2.	Objectif principal	11
1.3.3.	Objectif secondaire.....	11
1.3.4.	Travaux parallèles (Nicolas De Jongh et Augustin Houdusse).....	11
2.	MATERIELS ET METHODES	12
2.1.	Population sélectionnée.....	12
2.2.	Le lieu de l'étude	13
2.3.	Matériel	13
2.3.1.	Le matériel vidéo	13
2.3.2.	La grille d'auto et d'hétéro-évaluation.....	16
2.3.3.	Le protocole d'enregistrement.....	17
2.3.4.	Grille d'entretiens semi-directifs.....	19
2.4.	Méthode choisie pour l'analyse des entretiens	20
2.4.1.	Généralités	20
2.4.2.	Analyse de contenu	21
2.4.3.	Codage semi-ouvert et par unité syntaxique	21

2.4.4.	Méthode d'analyse	24
2.4.5.	Logiciel utilisé	26
2.4.6.	Qualité de l'étude	26
2.5.	Méthodologie de la recherche bibliographique.....	27
2.5.1.	La communication en santé	27
2.5.2.	La supervision	27
2.5.3.	La SODEV	27
2.5.4.	Les guides et grilles d'entretiens	28
2.5.5.	ALOBA.....	28
2.6.	Considérations éthiques.....	28
2.6.1.	Consentement des patients	28
2.6.2.	Consentement des internes	28
2.6.3.	Consentement des Maîtres de Stages Universitaires.....	29
2.6.4.	Consentement du Conseil de l'Ordre Des Médecins.....	29
3.	RESULTATS.....	30
3.1.	Données générales	30
3.1.1.	Description de la population étudiée	30
3.1.2.	Données sur les résultats	33
3.2.	Analyse des résultats.....	35
3.2.1.	Notre outil améliore la rétroaction	35
3.2.2.	Notre outil est simple d'utilisation.....	44
3.2.3.	Réflexions autour de l'outil dans sa globalité	48
3.2.3.2.	Suggestions d'amélioration	49
4.	DISCUSSION	52
4.1.	Sur nos résultats.....	52
4.1.1.	Les axes forts de notre travail	52
4.1.2.	Sur la supervision vidéo.....	53
4.1.3.	Sur l'utilisation de l'outil.....	59

4.2.	Sur notre travail.....	62
4.2.1.	Sur le choix d'un travail qualitatif.....	62
4.2.2.	Sur le choix d'une maison de santé.....	63
4.2.3.	Ses forces.....	63
4.2.4.	Ses faiblesses	64
4.3.	Propositions.....	67
4.3.1.	Sur l'amélioration de l'outil.....	67
4.3.2.	Sur l'utilisation de l'outil.....	68
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 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 internes.....		82
Annexe 7 : Extrait de la grille de Calgary-Cambridge, pour les ECA-MSU.....		85
Annexe 8 : Protocole des enregistrements		88
Annexe 9 : Guide des Entretiens Semi-Dirigés des Internes		89
Annexe 10 : Formulaire de Consentement des Patients.....		91
Annexe 11 : Formulaire de Consentement des Internes.....		92
Annexe 12 : Formulaire de Consentement des ECA-MSU.....		93
VERBATIM.....		94
Entretien 1 ^{ier} Interne		94
Entretien 2 ^e Interne.....		104
Entretien 3 ^e Interne.....		115
Entretien 4 ^e Interne.....		124
Entretien 5 ^e Interne.....		132

Entretien 6 ^e Interne.....	147
RESUME.....	157
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	158

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 abandonné 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 permis 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 (7,8,9) : 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, 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 compétences de l'Enseignant Clinicien Ambulatoire-Maître de Stage Universitaire (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)

Ou elle peut 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 Primaires 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 de 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 (33). 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 (27) et a été démontrée de longue date (28). Il peut s'agir d'un outil purement pédagogique (26) ou bien d'un outil validant comme par exemple dans le cadre d'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) (29).

C'est le seul outil qui permette à l'interne de revoir sa propre consultation, ouvrant des perspectives pédagogiques uniques, reconnues par les internes et les formateurs (30,31). 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.* » (32).

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 (31). 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 (33). 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'Enseignants Cliniciens Ambulatoires (ECA), 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 liée à la durée des débriefings, absence de formation spécifique des ECA).

Un travail préparatoire à cette étude nous a permis de mettre en place et de tester sur le terrain une salle de consultations équipée pour une utilisation en SODEV. Ce travail a été présenté au CNGE de Bordeaux en 2012 (35). Il 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 des patients.

1.1.2.4. Les guides d'entretiens

De nombreux guides d'entretiens décrivent les compétences à mobiliser au cours des différentes étapes de l'entrevue médicale (36,37). Leurs rôles sont d'améliorer les processus de communication 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'analyses peuvent être utilisées afin d'aider 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 forme 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 (ALOA)

1.1.2.6.1. ALOA au niveau international

La méthode ALOA 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, l’ECA-MSU organisera donc son travail autour des besoins préalablement identifiés par l’interne, 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, googleScholar, Cismef).

Il existe tout de même au cours de séminaires spécialisés, des formations à cette technique qui semble se démocratiser 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 évoqués 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, y compris 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 les 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) 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?

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 présenter 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 nous a permis de lever les contraintes techniques liées à la SODEV (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. 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 jamais simultanément à la SODEV. Cette association pourrait 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 simple 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'interne de médecine générale.

1.3.3. Objectif secondaire

L'objectif secondaire est de montrer que notre outil permet de simplifier l'utilisation de la SODEV.

1.3.4. Travaux parallèles (Nicolas De Jongh et Augustin Houdusse)

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

- Sur son intérêt pour améliorer la qualité de la rétroaction (45).

Ainsi que le point de vue des internes :

- Sur l'intérêt préalable d'une auto-évaluation par l'interne seul (44).

2. MATERIELS ET METHODES

L'objectif commun de notre étude est de proposer un outil simple et performant d'aide à l'apprentissage 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'interne.

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 ambulatoires 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 passé les premiers jours.

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

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 internes à ce moment-là, ou 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 consultations réservé aux internes pouvant être équipé pour la SODEV). Le nombre d'internes effectuant leur stage 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 était installé dans le cabinet de consultations 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. Son coût a été de 2121 euros.

Nous avons effectué l'installation du matériel vidéo avant l'étude, ce qui permettait de simplifier, par la suite, l'utilisation de celui-ci.

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 (Figures 1 et 2).

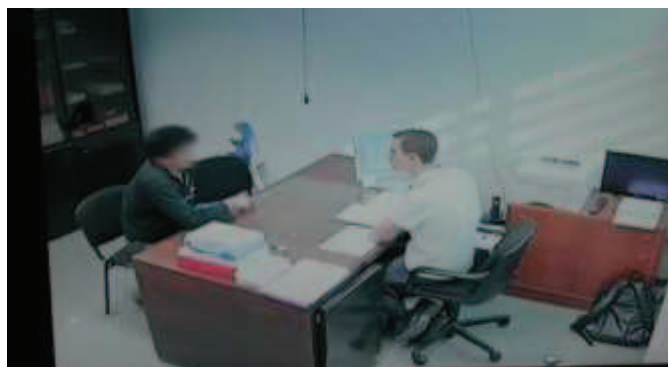


Figure 1 : Capture d'écran lors d'une supervision vidéo test.



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 consultations (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 analysée 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 des patients.

Ces premiers enregistrements ont donné lieu à la présentation d'un poster (Annexe 2) et d'un abstract (Annexe 3) lors d'un congrès du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) de Bordeaux en 2011, qui a reçu le prix du meilleur poster scientifique à cette occasion. 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 consultations.

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 internes et aux ECA-MSU, et un tutoriel était à disposition permanente dans la salle de consultations (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 leurs compétences relationnelles, suite à l'enregistrement vidéo, les internes devaient évaluer leurs consultations à l'aide d'une grille (Annexe 6) dont les items avaient été présélectionnés à partir de la grille de Calgary-Cambridge originale (38).

Cet exercice était réalisé simultanément par l'ECA-MSU à l'aide d'une grille équivalente, en hétéro-évaluation (Annexe 7).

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-Cambridge. 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. Cela 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-Cambridge (Annexe 8). 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 tout 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 (Annexe 6). L'interne devait alors s'autoévaluer le jour-même à l'aide de cette 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 il 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 et 7). 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 colloque singulier 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 de la 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. Elle 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 de leurs parts.

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 auprès de l'interne concerné, 1 à 4 semaines après la fin du protocole (Annexe 9).

Les entretiens étaient effectués à la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre sur une plage horaire réservée à cet effet. Ils ont tous 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...

Dans cette étude, la partie analysée du guide d'entretien concernait l'amélioration de la rétroaction de l'ECA-MSU avec l'interne ainsi que la simplicité d'utilisation du matériel (Annexe 9).

Les deux autres parties, à savoir : l'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge pour l'auto-évaluation et l'anxiété de performance, étaient étudiées dans un travail parallèle au nôtre d'Augustin Houdusse.

2.4. Méthode choisie pour l'analyse des entretiens

2.4.1. Généralités

Les entretiens semi-directifs étaient intégralement retranscrits par écrit, manuellement, par la même personne. Il était noté « mot à mot » tout ce que disait l'interviewé, sans en changer le texte, sans l'interpréter et sans abréviation. Seuls les noms propres ont été retirés afin de garantir l'anonymat. 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 (Figure 3).

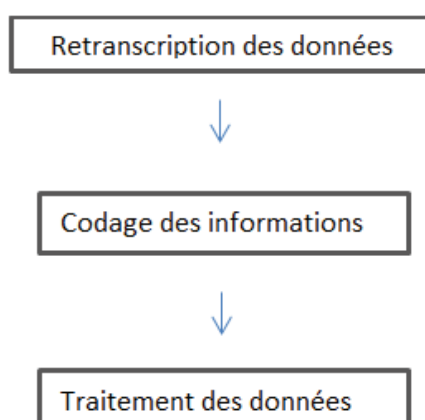


Figure 3 : Etapes de l'analyse des données qualitatives

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-saxons.

Cependant nos entretiens ont été le moins directifs 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 codes », en soulignant des mots ou morceaux 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 catégories de code ».

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

Notre outil est simple d'utilisation

- La grille

- Facile d'utilisation et adaptée
- Difficultés de cotation de certains items plus subjectifs
- Abord de l'ensemble des items sur chaque consultation ?
- Parfois la compréhension des items est différente entre le MSU et l'interne

- La vidéo

- Facile d'utilisation
- Tutoriels faciles et utiles
- L'image et le son, sont de bonne qualité
- Facilité consentement des patients
- Peu d'impact sur l'attitude des patients
- Non chronophage dans l'enregistrement
- Plus ou moins chronophage dans le visionnage

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

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

La classification catégorielle devait être homogène, c'est-à-dire regrouper les idées des enquêtés en éléments de significations 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 jugement 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 s'y référant.

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 condenser », permettant de présenter ces résultats sous forme de grille.

La grille comprenait des lignes pour les « cas (interviewés) » 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 condenser » 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 condenser (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).

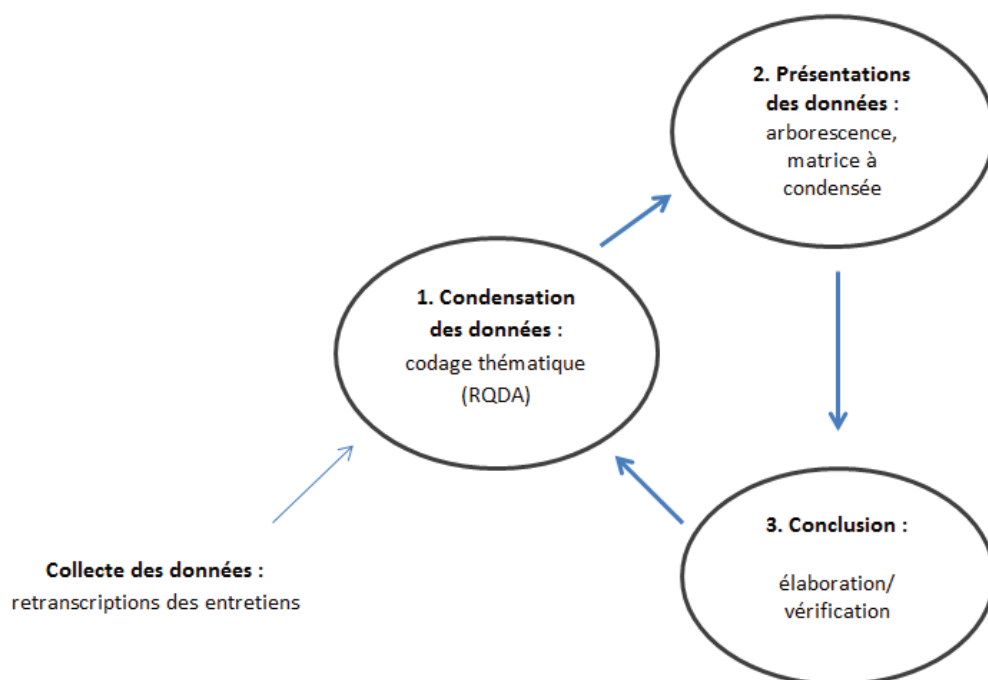


Figure 5: Formalisation de l'analyse selon le modèle interactif en trois temps (Rocha 2004)

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 triple 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 « videotape 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 assesment» 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 10).

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 11). L'interne pouvait refuser de participer à l'étude sans préjudice.

2.6.3. Consentement des Maîtres de Stages Universitaires

Un consentement écrit des ECA-MSU, après explication des objectifs de l'étude, était également requis (Annexe 12). Il pouvait refuser de participer à l'étude.

2.6.4. Consentement du 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 Départemental des Médecins de la Charente. 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. Description de la population étudiée

L'inclusion des médecins et des internes, ainsi que la réalisation des entretiens ont eu lieu de novembre 2013 à octobre 2014, à la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre.

3.1.1.1. Internes

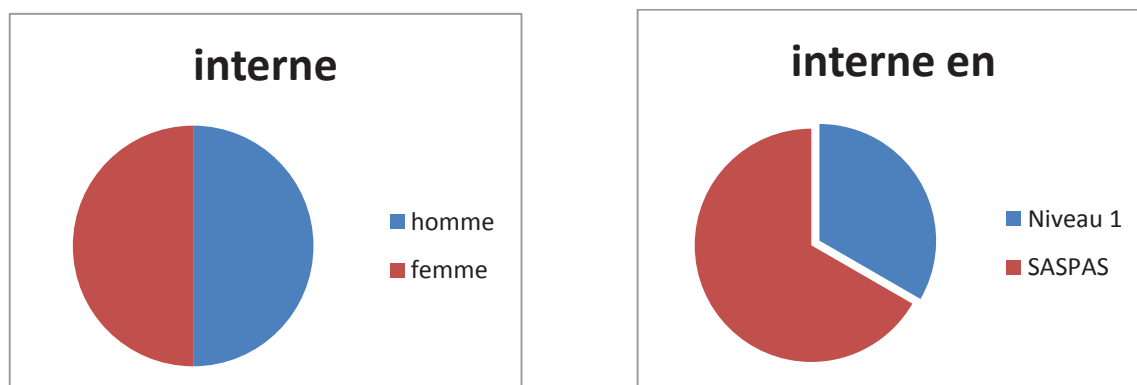
Huit internes ont pu être sollicités durant cette période, pour participer à l'étude.

Sept internes ont accepté d'y participer.

Un interne, a dû être exclu de l'étude, pour cause de protocole non terminé en raison de problèmes de santé.

Il y a eu un refus.

Leurs caractéristiques étaient les suivantes :

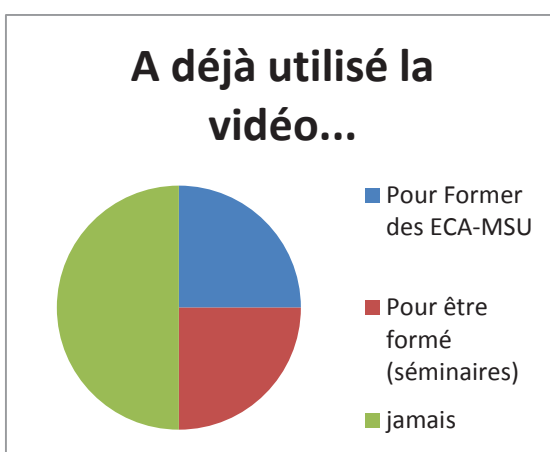
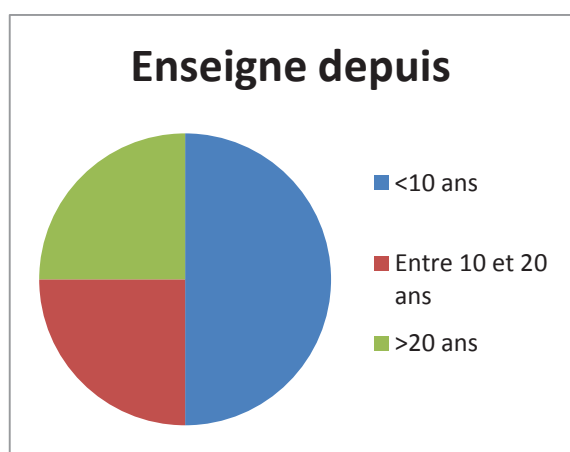
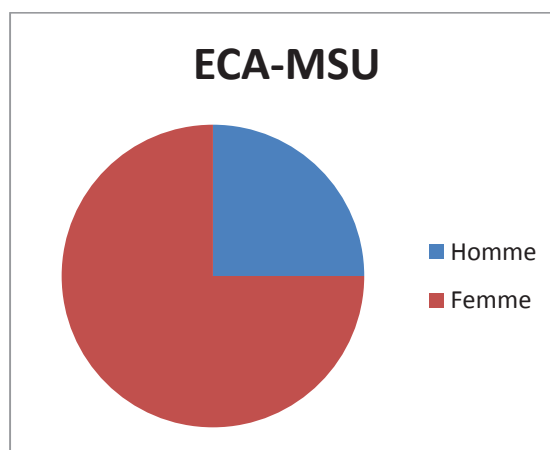
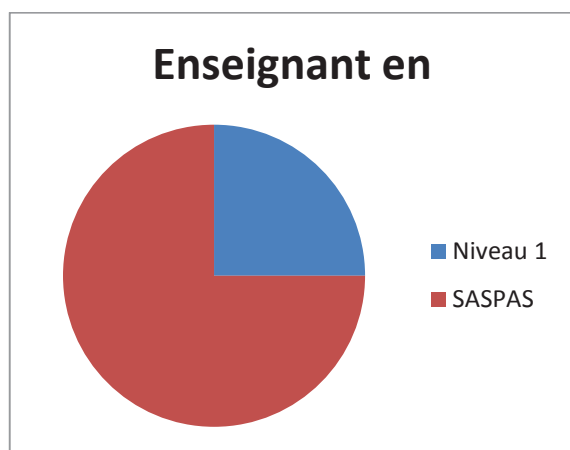


3.1.1.2. Maîtres de Stages Universitaires

Tous les ECA-MSU de la maison de santé de Ruelle-sur-Touvre ont été inclus, soit 4 au total.

Il n'y a pas eu de refus de leur part.

Leurs caractéristiques étaient les suivantes :



3.1.1.3. Patients

Au total :

- 60 patients ont été sollicités pour participer à l'étude.
- 56 patients ont accepté.
- 4 patients ont refusé.

Soit un taux d'acceptation de 93%.

Les causes de refus n'ont pas été demandées.

3.1.1.3. Entretiens vidéo

Au total :

- 3 internes ont réalisé 2 séries de 3 entretiens filmés (critère d'inclusion).
- 3 internes ont réalisé 3 séries de 3 entretiens filmés.

Il est à noter que 2 internes extérieurs à l'étude ont réalisé des séries de 3 entretiens filmés hors protocole, et n'ont donc pas été inclus dans l'étude.

Chaque interne a donc réalisé entre 6 et 9 entretiens filmés.

Chaque ECA-MSU a donc visualisé 6 à 12 entretiens filmés, la première série n'étant visualisée que par l'interne. Au total, ils ont donc visualisé 27 enregistrements.

Un enregistrement vidéo a été stoppé, après consentement initial de la patiente, sur choix de l'interne. En effet, il s'agissait d'une consultation gynécologique et l'interne a estimé préférable d'arrêter l'enregistrement dans ce contexte.

Il a y a donc eu :

- 55 entretiens vidéo enregistrés intégralement.
- 10 enregistrements réalisés hors protocole.
- Soit 45 enregistrements inclus dans l'étude.

Contrairement à ce que prévoyait le protocole, 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

Six entretiens semi-dirigés ont été réalisés et enregistrés auprès des internes, puis intégralement retranscrits.

La durée de ces entretiens est de 121min 51sec au total, soit une moyenne de 20min 25sec par entretien.

L'entretien le plus court a duré 14min 06sec, et le plus long 28min 42sec.

La grille d'entretien (Annexe 9) a été testée lors des deux premiers entretiens. Elle a été validée à cette occasion et conservée sans modification par la suite.

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 30 codes différents qui ont été répartis en 3 catégories distinctes, constituant la grille d'analyse des entretiens :

- Thèmes ayant trait à l'amélioration de la rétroaction de l'ECA-MSU grâce à l'outil (19 thèmes)
- Thèmes ayant trait à la facilité d'utilisation de l'outil (8 thèmes)
- Thèmes ayant trait à l'outil dans sa globalité (3 thèmes).

Chaque interne a évoqué au moins 17 codes différents. Dix codes sont communs à tous les entretiens et 25 codes ont été cités par au moins 3 internes. Trois codes n'ont été évoqués que par un seul interne.

Compte tenu du faible nombre d'entretiens 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 l'objectif principal et secondaire de la thèse. Un autre onglet a été rajouté dans le but d'obtenir une vision plus globale de l'outil.

A la fin de chaque chapitre, un encadré résume les thèmes et les sous-thèmes évoqués par les internes.

Les propos des internes sont cités entre guillemet, en italique. « INTERNE 1 » signifie que la citation provient de l'entretien avec le premier interne. Les relances de l'interviewer sont notées entre parenthèse au sein de la citation, précédées de la mention « interviewer ».

L'intégralité du verbatim issue de la retranscription des différents entretiens semi-directifs réalisés auprès des internes, est retranscrite dans les annexes « Entretien Interne ».

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. Notre outil améliore la rétroaction

3.2.1.1. Apports liés à l'utilisation de la grille

Dans le cadre de l'utilisation de l'outil, les internes ont pu s'auto-évaluer initialement via des items prédéfinis de la grille de Calgary-Cambridge, lors du visionnage des entretiens (Annexe 6).

Cela leur a permis de mieux visualiser, de manière autonome, certaines lacunes ainsi que certaines compétences acquises.

INTERNE 3 : *« puis après la grille, ça permet d'aller chercher des choses dont on se serait... Auxquelles on aurait pas fait attention sans la grille. [...]Des critères qui auraient pas forcément étaient pris en compte si, ils n'étaient pas là. »*

INTERNE 4 : *« « Interviewer » (L'utilisation de la grille, donc, du coup, tu l'as vu comment ? Tu t'en es servie comment ?). Comme un outil pour voir... Pour me voir finalement. Parce que... Il y a des choses que je n'ai pas forcément... Quand je me suis regardée, je ne pensais pas forcément à, par exemple, « Tiens, est-ce que j'ai fait le résumé ? ». Enfin, il y avait des points plus précis au niveau de l'entretien avec le patient pour structurer un petit peu. Donc voilà. Par une grille de support. ».*

Que ce soit au niveau du verbal ou du non verbal.

INTERNE 1 : *« j'ai pu me voir, j'ai vu plein de petites mimiques que j'avais, plein de petites phrases que je disais en plus, et qu'il ne fallait pas forcément dire. »*.

Cette grille a donc été utilisée lors de la supervision et a servi de support à cette dernière.

INTERNE 4 : *« c'est un support et du coup... Oui, on s'appuie sur la grille pour mener le débrief. »*

INTERNE 5 : *« on a d'abord regardé la grille simplement toutes les deux, pour voir ce que l'on avait mis. »*

L'ECA-MSU et l'interne ont donc pu comparer leurs grilles, qu'ils avaient chacun évalué au préalable, de manière séparée.

INTERNE 1 : *« elle avait sa grille et ma grille. Donc à chaque fois, on montrait les points, ce qui était bien ou pas. On essayait de s'en rappeler entre chaque point. »*

Les sources d'échanges étaient d'autant plus importantes sur les points de discordances d'évaluation.

INTERNE 1 : *« Si on était en désaccord, on regardait des petits bouts de vidéo, là où on était bien ou pas bien. Et moi, à la fin, je lui disais : « Attends, est-ce qu'on ne pourrait pas repasser cette séquence ? Est-ce que j'ai pas bien fait ça ? Parce que moi je trouve que ça... et cetera... » »*.

INTERNE 5 : *« C'est-à-dire que les points où on était d'accord, bon voilà, on était d'accord. Les points où on n'était pas d'accord, sont effectivement, les points où on a pu le plus échanger. »*

Il est à noter que l'interne pouvait être parfois plus critique à son égard que l'ECA-MSU.

INTERNE 4 : *« Donc, c'est peut être aussi que j'avais du mal à me juger sur des choses positives et peut-être... C'est plus facile de se juger... Enfin de se*

dire qu'on est mauvais, que de se dire qu'on est bon... Enfin, pour moi en tout cas. »

INTERNE 5 : *« C'est-à-dire que, on se juge parfois sévèrement. On ne se rend pas forcément compte... Même avec la grille sous les yeux, on laisse passer, enfin, certaines choses, et puis finalement, le maître de stage, après, est là pour nous dire : « Ben, non, ça tu le fais bien. ». »*

L'auto-évaluation réalisée par l'interne en amont, guidait donc la supervision.

INTERNE 5 : *« C'est-à-dire qu'à un moment donné, elle a pu critiquer une de mes réactions face à un patient... Que moi, sur le coup, je n'avais pas forcément critiqué de la même façon. Enfin, voilà quoi. Sur le coup, moi, je trouvais ça peut être plutôt bien ce que j'avais fait, en réponse à l'angoisse du patient. Et puis, finalement, en en reparlant avec elle, oui, j'aurai pu faire autrement, en fait. »*

Grâce à cette auto-évaluation, l'interne arrivait à la rétroaction avec son propre regard sur ses entretiens.

Il a donc établi ses propres objectifs, fixés en amont grâce à ce matériel. Ces derniers étaient alors au centre de la rétroaction.

INTERNE 1 : *« Je posais des questions sur des trucs, sur les attitudes : « Est-ce que j'aurai dû dire cette phrase à ce moment-là ?... » ; « Est-ce que j'ai bien fait de ne pas dire ça à ce moment-là ?... » ».*

INTERNE 2 : *« Les objectifs, c'était par rapport, purement, au niveau médical. Euh... Parce que je savais que je serai regardée par (ECA-MSU) et de me dire, j'espère que je n'ai pas dit de bêtises au patient, parce qu'elle... Voilà... Ce n'était pas par rapport à mon comportement. »*

Cela permettait également une meilleure réception du discours de l'ECA-MSU.

INTERNE 1 : *« Et ça, c'est intéressant, parce que finalement t'es tout seul et que petit à petit, tu vois ce qu'elle veut dire et tu te tends à essayer de mieux faire le truc quoi. »*

INTERNE 4 : *« Elle me l'a dit mais effectivement, ça m'a tout de suite... Enfin... Ça m'a interpellée. De toute façon dans la grille, c'est vrai que je l'avais pas... J'avais mis « Plutôt non ». Mais sans pour autant me dire... « Je l'ai pas fait, mais c'est pas très gr... »... Enfin, je l'ai pas fait quoi. »*

3.2.1.2. Apports liés à l'utilisation de la vidéo

Notre outil permettait à l'ECA-MSU d'utiliser la vidéo lors de la supervision. Celle-ci était utilisée comme support.

INTERNE 1 : *« On regardait la vidéo ensemble, sur les points qu'on avait vu, qui posaient problème. Ou sur ce qui avait été bien, ce qu'il fallait renforcer. »*

L'intérêt était de permettre à l'interne de mieux visualiser ses lacunes.

INTERNE 3 : *« on regardait la vidéo ensemble, et puis... Et puis, voilà. Et puis, on essayait de mettre le doigt sur des choses... Enfin, elle essayait de compléter les petits défauts qu'elle remarquait, et qui pouvaient être intéressants pour moi aussi. »*

Parfois, l'interne, n'avait pas conscience de certaines incompétences et l'ECA-MSU pouvait alors éclairer ses scotomes au travers de la vidéo.

INTERNE 5 : *« Et je me suis rendue compte que, par exemple, tout ce qui est diagnostic de situation, résumé, ça, je le fais jamais. Mais... Enfin, c'est même pas moi qui m'en suis rendue compte, c'est (ECA-MSU) qui me l'a dit donc. Après. Mais ça, moi je l'avais pas... Je l'avais pas remarqué dans mes trois premières vidéos. »*

L'ECA-MSU pouvait alors se servir de la vidéo pour illustrer ses propos.

INTERNE 1 : *« Si on était en désaccord, on regardait des petits bouts de vidéo, là où on était bien ou pas bien. »*

INTERNE 6 : *« On regardait l'entretien, on appuyait sur pause régulièrement et puis on analysait les... Ou ce que je venais de dire ou les attitudes que j'avais au moment de la consultation. »*

3.2.1.3. La supervision : une relation dynamique et bienveillante

La supervision était perçue comme une relation d'échange entre l'interne et l'ECA-MSU. Il s'agissait de transmettre le savoir de l'ECA-MSU vers l'interne. Cette supervision s'effectuait dans un climat de confiance, il n'y a pas eu de notion de jugement de la part de l'ECA-MSU.

INTERNE 6 : *« Enfin, il n'y avait pas de mauvais jugement. C'était plus dans le sens de me faire progresser. Mais il n'y a pas de mauvais retour. ».*

INTERNE 5 : *« « Interviewer » (Donc, c'était quelque chose de dynamique.) - Ah, oui, complètement. Complètement, puisqu'on a échangé pendant les... Avant et pendant le visionnage des vidéos. »*

Ce climat, permettait à l'interne de centrer la supervision sur les résultats qu'il visait lors de l'entrevue.

INTERNE 1 : *« Et moi, à la fin, je lui disais : « Attends, est-ce qu'on ne pourrait pas repasser cette séquence ? Est-ce que j'ai pas bien fait ça ? Parce que moi je trouve que ça... et cetera... » ».*

L'interne pouvait alors être associé à la résolution des problèmes.

INTERNE 6 : *« il me montrait : « Voilà, regardes. Mettez sur pause. Alors : Qu'est-ce que tu viens de dire ? Qu'est-ce que le patient a dit ? Voilà, est-ce que tu réponds à la question du patient ? Est-ce que tu as les moyens de dire les choses autrement ? De reformuler tes phrases ? ».*

Ce regard de l'ECA-MSU était jugé par l'interne, comme complémentaire, indispensable. Le besoin, d'un regard extérieur, celui du maître de stage était systématiquement évoqué.

INTERNE 1 : « *Parce qu'après, il y a des points que tu arrives à corriger tout seul, des postures, des choses comme ça, quoi... Puis il y a des points qu'eux te mettent... Ben tu vois, faut être vraiment à côté d'eux pour le voir.* »

INTERNE 2 : « *Et un regard extérieur, je pense que ça aurait... C'est la seule manière que j'aurai pu avoir pour me dire s'il y avait quelque chose qui n'allait pas.* »

INTERNE 3 : « *Le point de vue du maître de stage est sans doute intéressant là-dessus aussi. Pour mettre le doigt sur des choses dont je ne me rends pas forcément compte en regardant la vidéo, donc...* »

INTERNE 6 : « *Il fallait l'œil de quelqu'un d'autre, pour me montrer un peu plus mes attitudes.* » Interviewer : *(D'accord. Donc un apport...)* ». Oui, un apport supplémentaire. »

3.2.1.4. Apports spécifiques de l'ECA-MSU

L'ECA-MSU a donc un rôle important dans l'utilisation de cet outil.

INTERNE 2 : « *« Interviewer » (Pour toi, en tout cas, le rôle du maître de stage dans cette expérience est prépondérant ? Si, il n'adhère pas, sa façon d'utiliser l'outil, va vraiment retentir ?).* - Oui. »

Il permet une analyse plus approfondie que celle de l'interne.

INTERNE 1 : « *ça t'apportes un petit truc en plus, que tu ne vois pas forcément tout seul, des trucs un peu plus fins.* ».

INTERNE 5 : « *Et c'est vrai que, du coup, la première série, le fait de ne pas avoir le retour de mon maître de stage... Peut-être que l'évaluation est pas complètement... Voilà.* »

INTERNE 6 : *« je trouvais ça important, qu'il y ait quand même le maître de stage qui soit là. Voilà, l'analyse était plus poussée. »*

Il l'aide à visualiser son comportement afin de mieux visualiser ses compétences acquises, non vues par l'interne seul.

INTERNE 4 : *« comment elle avait trouvé la consultation en règle générale. Les plus... Enfin, les plus qu'elle... et les moins que j'aurai dû faire et/ou dire. »*

INTERNE 6 : *« Mais après, c'est vraiment avec lui que j'ai pu améliorer l'analyse de mes consultations. »*

Il en est de même au niveau de ses incompétences, que ce soit au niveau du verbal ou du non verbal.

INTERNE 3 : *« Enfin, elle essayait de compléter les petits défauts qu'elle remarquait, et qui pouvaient être intéressants pour moi aussi. »*

INTERNE 6 : *« « Interviewer » : (il a pu mettre en évidence des choses, que tu m'as dit, que toi, tu n'avais pas remarqué seul ?). Voilà, oui. »*

Il peut être amené à rassurer l'interne sur ses compétences relationnelles.

INTERNE 5 : *« Je me suis rendue compte qu'elle trouvait que je travaillais plutôt bien et qu'au niveau communication, c'était bien ce que je faisais avec les patients. Donc finalement, elle m'a mise en confiance ».*

INTERNE 5 : *« Et... Alors que... Voilà, (ECA-MSU) m'a dit « Tout à fait », à plusieurs reprises donc... Et le fait qu'elle me le fasse remarquer, ben... Voilà, c'est peut-être une bonne chose aussi. »*

L'ECA-MSU, grâce à la supervision, aide donc l'interne à redéfinir ses objectifs personnels.

INTERNE 1 : *« petit à petit, tu vois ce qu'elle veut dire et tu te tends à essayer de mieux faire le truc quoi. »*

INTERNE 4 : *« Ah, oui. Je pense que... Oui, il y a certains points que j'aborderai, que j'avais pas abordé, et... Ah, oui, oui, ça m'a... Ça m'a permis de me rendre compte de certains points que moi je n'abordais pas et qui sont quand même utiles et importants. »*

Il partage également son expérience et donne des conseils spécifiques à l'interne.

INTERNE 1 : *« Il m'a apporté toute l'expérience qu'il avait, lui, sur les patients qu'il connaissait. Donc c'est hyper intéressant, de me dire : « Tu vois, lui, quand il se présente comme ça, tu marques plus de pauses, parce qu'il a besoin que tu l'écoutes à ce moment-là ». Des trucs que quand tu es jeune médecin, tu ne ressens pas forcément. Les temps de pause, les postures... Là, il faut que tu sois plus congruent, là tu aurais dû marquer un temps de pause, là tu aurais dû plus reformuler comme ça, avec plus d'empathie... Là, il avait besoin que tu l'écoutes et que tu marques un temps de pause. Surtout chez les patients qui ont un suivi au long cours, et qui sont psychologiquement affectés,... »*

INTERNE 4 : *« elle m'a posé des questions en me donnant des conseils. En tout cas, des petites clés pour essayer d'être mieux à la prochaine consult'. »*

INTERNE 1 : *« Je lui montrais des vidéos et je lui disais là, « qu'est-ce que j'aurai dû faire ? ». »*

Apport de l'outil pour la supervision

- Apports liés à l'utilisation de la grille

- Visualisation des lacunes et des compétences acquises verbales et non verbales, de manière autonome, au préalable
- Support à la rétroaction
- Les discordances d'évaluation sont des sources d'échanges importants
- L'interne peut parfois être plus critique à son égard que l'ECA-MSU
- L'auto-évaluation en amont, guide la supervision
- La rétroaction est fixée sur les objectifs de l'interne
- Permet une meilleure réception du discours de l'ECA-MSU

- Apports liés à l'utilisation de la vidéo

- Support à la rétroaction
- Permet à l'interne de mieux visualiser ses lacunes
- Prise de conscience de ses scotomes grâce à l'aide de l'ECA-MSU
- Sert à illustrer les propos de l'ECA-MSU

- La relation est dynamique et bienveillante

- Climat de confiance
- La rétroaction est centrée sur les résultats que vise l'interne durant l'entrevue
- L'interne est associé à la résolution des problèmes
- Regard complémentaire de l'ECA-MSU

- Apports spécifiques de l'ECA-MSU

- Analyse plus approfondie
- Mise en évidence des compétences ou des scotomes de l'interne
- Réassurance de l'interne sur ses compétences relationnelles
- Aide l'interne à redéfinir ses objectifs personnels
- Partage son expérience et donne des conseils spécifiques

3.2.2. Notre outil est simple d'utilisation

3.2.2.1. La grille

Dans sa globalité, la grille a été jugée comme facile d'utilisation.

INTERNE 4 : *« dans l'ensemble, c'était pas très contraignant et assez facile. Et plutôt enrichissant avec le débriefing du maître de stage. »*

INTERNE 6 : *« Par rapport à la compréhension, il n'y avait pas de problème, c'était clair. Voilà, sur des choses bien définies. Donc, j'ai pas de soucis par rapport à ça. »*

Et adaptée.

INTERNE 6 : *« la grille, je la trouvais plutôt adaptée par rapport aux critères pour améliorer la consultation. »*

Pour certains, quelques difficultés ont été émises comme la cotation de certains items de la grille.

INTERNE 2 : *« il y a des items qui sont difficilement analysables avec les consultations. »*

INTERNE 4 : *« Plus, au niveau de l'empathie parce que ça, c'est quand même plus difficile à jauger ou à évaluer. Alors que, faire le résumé, enfin le diagnostic de situation. Ben, soit on l'a dit, soit on l'a pas dit, mais... Donc, c'est plus facile à évaluer. Savoir si on a été assez empathique, si on a essayé d'écouter la demande du patient... On l'a laissé parler quand on pensait qu'il avait encore envie de parler. Ça, c'est... C'est plus subjectif et c'est plus difficile de le coter. »*

INTERNE 4 : *« Alors, parfois c'était un peu difficile entre le « Plutôt oui », « Plutôt non » ou le « Tout à fait ». Enfin, il y a une... J'avais des petites nuances finalement, que je ne savais pas trop où cocher la case. »*

Ainsi que l'abord de l'ensemble de ces items en fonction du type de consultation.

INTERNE 2 : « *Quand je répondais avec la grille, je ne savais pas si ça s'était passé pendant la consultation. »*

INTERNE 2 : « *Après, peut-être qu'aussi, il y avait des consultations qui ne s'y prêtaient pas. »*

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

INTERNE 5 : « *(Interviewer : Après, par contre, effectivement, tu m'as dit qu'au niveau de la grille, vous ne l'aviez peut-être pas toujours vue de la même façon, il y a peut-être des choses que tu avais interprétées différemment.). - Oui. »*

3.2.2.2. La vidéo

L'outil vidéo n'a posé aucune difficulté.

INTERNE 3 : « *C'est simple à mettre en place et à utiliser. »*

INTERNE 4 : « *Techniquement, c'était assez simple et facile. »*

INTERNE 5 : « *sinon, très simple d'utilisation. »*

INTERNE 6 : « *Il n'y avait pas de problème par rapport à l'utilisation du matériel. Ça, c'était simple. Donc, aucune difficulté.»*

Il n'y a pas eu de problème d'enregistrement ou de visionnage des entretiens.

INTERNE 4 : « *Pour les visionner, pareil, c'était pas très compliqué. »*

Les tutoriels ont été faciles, compréhensibles et ont aidé l'interne dans ses démarches.

INTERNE 1 : « *Avec le tutoriel, c'est assez facile de mise en place. Il n'y a pas eu de problème à ce niveau-là. C'était plutôt bien fait, je n'ai eu aucun souci là-dessus. »*

INTERNE 4 : « *C'était plutôt facile d'utilisation avec les consignes en images et écrites. »*

L'image et le son ont été de bonne qualité et n'ont pas nui à l'analyse des données.

INTERNE 5 : « *L'enregistrement fait une voix très désagréable, mais... « Rires ».* Je pense que c'est... C'est un petit point qui n'est pas très... « Interviewer » (Ça n'a pas nui à ta compréhension ?). Non. »

INTERNE 5 : « *il n'y a pas de soucis avec l'outil. »*

Le consentement des patients a été obtenu assez facilement.

INTERNE 1 : « *Le consentement des gens : ils étaient finalement assez d'accord, il n'y a pas eu problèmes, je n'ai pas eu de refus. »*

INTERNE 4 : « *Les consentements aussi, c'est assez facile. [...] mais sinon tout le monde a accepté vraiment très rapidement. Parfois même sans que j'ai expliqué... En fait, j'ai dit que c'était pour une thèse et ils étaient assez contents. »*

Cet enregistrement n'a, à priori, pas eu d'impact sur l'attitude du patient, ces derniers oubliant vite la vidéo.

INTERNE 1 : « *Les patients, ils l'oublient en 5 min la vidéo, donc finalement ça se passe plutôt bien, ils l'oublient facilement la vidéo. »*

INTERNE 4 : « *Avec le patient c'était pareil. [...] Et eux aussi, j'avais l'impression, ils n'étaient pas juste fixé à la regarder tout le temps. »*

Le temps d'enregistrement des vidéos et le temps d'obtention du consentement du patient a été jugé comme peu contraignant.

INTERNE 4 : « *Pendant la consultation, il faut juste annoncer au patient qu'on va... Le consentement donc ça... Ça prend pas très longtemps. Ça prend deux minutes, je pense. Et puis allumer la... Le dispositif. »*

Par contre, il existe différents points de vue concernant le temps de visionnage des vidéos qui peut être chronophage pour certains et non chronophage pour d'autres.

INTERNE 1 : « *Chronophage : pas quand tu fais pour le mettre en place, mais si tu veux le temps que tu mets à les regarder, c'est des consultations que tu as fait, donc tu doubles le temps de consultation.* ».

INTERNE 3 : « *« Interviewer » (Est-ce que t'as trouvé que ça t'as pris du temps ?). Non, pas spécialement. C'est pas très contraignant.* »

Mais il a été noté que ce temps était facilement intégrable s'il était au préalable, réservé sur l'agenda de l'interne.

INTERNE 4 : « *C'était faisable, enfin... Dans mon agenda de SASPAS, je... J'essayais de m'arranger pour avoir le temps. Pas de les regarder juste après, mais en fin de journée, tranquillement, sans me presser pour pouvoir remplir la grille aussi sereinement.* »

Notre outil est simple d'utilisation

- **La grille**
 - Facile d'utilisation et adaptée
 - Difficultés de cotation de certains items plus subjectifs
 - Abord de l'ensemble des items sur chaque consultation ?
 - Parfois la compréhension des items est différente entre l'ECA-MSU et l'interne
- **La vidéo**
 - Facile d'utilisation
 - Tutoriels faciles et utiles
 - L'image et le son, sont de bonne qualité
 - Facilité consentement des patients
 - Peu d'impact sur l'attitude des patients
 - Non chronophage dans l'enregistrement
 - Plus ou moins chronophage dans le visionnage

3.2.3. Réflexions autour de l'outil dans sa globalité

3.2.3.1. Un apport pour la formation aux compétences relationnelles

Notre outil est donc une aide à l'amélioration des compétences relationnelles.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'outil permet à l'interne de mieux visualiser ses scotomes, ses incompétences afin de pouvoir mieux agir sur ces derniers. Mais cela lui permet également de mieux visualiser ses compétences afin de les renforcer.

Dans cette supervision, le regard de l'ECA-MSU est important et est considéré comme complémentaire et nécessaire par les internes.

L'interne et l'ECA-MSU travaille donc ensemble, afin d'améliorer l'analyse des attitudes de l'interne. Il peut donc redéfinir ses objectifs personnels.

INTERNE 4 : « « Interviewer » (ça faisait peut-être beaucoup d'objectifs de progression ? Ou pas ?). Ben, moi, je ne m'en étais pas fixé... Je ne m'en étais pas fixé des tonnes en fait. [...].Et ça en est devenu avec (ECA-MSU) quand elle a débriefé donc du coup, ça sera pour les prochains... Les prochaines consultations qui ne seront pas filmées mais... Des objectifs personnels. »

Et l'aider à progresser dans ses compétences relationnelles, afin de les mettre en place sur ses prochaines consultations.

INTERNE 6 : « Il y avait une sorte de langage de sourd entre moi et la patiente, alors, il m'avait dit : « Mais pourquoi tu ne reformules pas pour dire clairement les choses ? ». Et, j'ai été confronté à une situation à peu près similaire en remplacement, et j'ai dit vraiment les choses, et la patiente... Ben, en fait, la patiente a compris. Et en fait, ça a débloqué la situation. ».

INTERNE 6 : « *Après pour le langage non verbal, ça, j'y fais attention. La position des mains, j'y fais attention. Voilà, ça c'est après l'entretien avec le maître de stage. » ».*

INTERNE 5 : « *De se perfectionner en communication. »*

Les retours des internes ont d'ailleurs été très positifs dans leur globalité.

INTERNE 2 : « *Mais le fait d'être filmé, et cetera, c'est quand même un des meilleurs moyens pour avoir un retour. »*

INTERNE 6 : « *ce que j'ai vraiment aimé, c'était le débriefing avec la maître de stage. »*

3.2.3.2. Suggestions d'amélioration

Plusieurs suggestions d'amélioration de l'outil, ont été évoquées lors des entretiens.

Il s'agissait tout d'abord d'augmenter le nombre de séries d'enregistrements. Plusieurs raisons ont pu être proposées pour justifier cette augmentation.

Tout d'abord, afin d'améliorer les résultats de la grille, ainsi que les compétences relationnelles, et de consolider les acquis.

INTERNE 1 : « *C'est clair que c'est sympa mais tu ne progresses pas en 2 minutes. Ce n'est pas au bout de trois vidéos que tu arrives à choper tous les automatismes »*

Mais aussi, afin d'apprécier la mise en pratique des conseils de l'ECA-MSU.

INTERNE 6 : « *C'est vrai qu'il aurait fallu que je fasse une autre série ensuite pour voir, pour apprécier un peu plus. « Interviewer » (Là, tu parles de l'évolution en fait ?). Oui, pour voir l'évolution. »*

Ou, afin de diminuer le nombre d'enregistrements par série, dans le but de diminuer le temps de visionnage des entretiens.

INTERNE 4 : *« Est-ce que c'est pas mieux de faire moins de vidéos dans la série et d'en faire un peu plus ? Mais je sais pas si... Pour que ça prenne un peu moins de temps dans la journée et un petit peu plus souvent. »*

Ou, afin de sélectionner la consultation en fonction de son type, par exemple : rhinopharyngite aiguë, certificat de sport...

INTERNE 5 : *« Il faudrait peut-être enregistrer plus de consultations. Je pense que, enregistrer un maximum de consultations, et puis pour voir après, sur tel type de consultation, comment on est, et sur tel type de consultation, comment on est. Enfin, voilà. Peut-être en fonction du type de consultations. »*

Ensuite, des suggestions ont également été émises sur la fréquence d'enregistrement de ces entretiens vidéo.

INTERNE 1 : *« Mais après dans la pratique future, c'est clair qu'il faudrait le mettre en place, mais faudrait en faire 2-3 par mois, ou t'en fais 1 par mois même. »*

INTERNE 1 : *« il faudrait que ce soit continuel ou que tu fasses des séances tous les mois dans ta pratique médicale. »*

Ainsi que sur la modification des items de la grille, aussi bien sur la difficulté de réponse à certains items, que sur l'éventuel rajout d'un champ « Remarques libres ».

INTERNE 2 : *« Peut-être juste au niveau des items de la grille, où c'est difficile de répondre ».*

INTERNE 3 : *« peut-être, ça serait pas mal d'avoir un champ à côté « Remarques libres », justement pour... Mettre en avant des... Enfin, tu vois sur chaque consultation, qu'on puisse dire : « Là, il y a vraiment un point en particulier que j'ai remarqué » [...]. Pour pouvoir dire : « Ca m'a permis de me rendre compte que... ». Enfin, voilà, mettre des détails, un point précis pour... Eventuellement, je sais pas, s'il y a des trucs qui ressortent régulièrement, ça peut être intéressant. »*

Sur l'apport éventuel d'effectuer des rétroactions avec des ECA-MSU différents, afin de bénéficier de regards croisés.

INTERNE 4 : « *que le débrief soit fait avec une personne différente, chaque débrief. « Interviewer » (Oui, pour avoir des regards...). Pour avoir des regards encore croisés, différents. »*

Sur la possibilité d'effectuer cette rétroaction et d'utiliser l'outil en groupe de pairs.

INTERNE 1 : « *Ou alors tu pourrais faire des groupes de pairs où chacun se regarde, pourquoi pas, entre médecins, ça pourrait se développer comme ça. Tu pourrais faire des vidéos, comme ça, où chacun s'évalue et dis à l'autre, tu vois ça pourrait être sympa. »*

Réflexions autour de l'outil dans sa globalité

- **Apport pour la formation aux compétences relationnelles**
 - Aide à l'amélioration des compétences relationnelles
 - Visualisation des scotomes
 - Visualisation des compétences et des incompétences
 - Regard complémentaire de l'ECA-MSU
 - Redéfinition des objectifs personnels
 - Impact direct sur les consultations suivantes, modification du comportement
 - Retour positif de l'outil d'après les internes

- **Suggestions d'amélioration**
 - Sur l'amélioration technique
 - Sur l'amélioration de l'utilisation de l'outil

4. DISCUSSION

4.1. Sur nos résultats

4.1.1. Les axes forts de notre travail

Notre travail a donc permis de tester un outil pédagogique combinant la grille d'entretien de Calgary-Cambridge, une auto-évaluation de l'interne, puis une supervision vidéo.

Ce travail a été réalisé auprès de patients lors de consultations au sein d'une maison de santé. Il n'y a donc pas eu de simulation de consultations.

Il y a eu une très bonne acceptation de l'outil auprès des différents intervenants : patients, internes et ECA-MSU.

Volontairement, peu de données concernant l'utilisation de l'outil ont été données. Les internes tout comme les ECA-MSU n'ont pas eu de difficultés à se les approprier. Il en a découlé des entretiens riches, couvrant de nombreux thèmes en lien avec la supervision et la formation à la communication. Cela conforte l'intérêt attendu de l'outil.

Aucun changement majeur n'a été proposé.

Le retour des internes sur l'utilisation de l'outil a été très positif dans sa globalité. Ils ont considéré qu'il s'agissait d'un outil enrichissant, permettant une meilleure acquisition des compétences relationnelles lors de leur formation.

Nous avons donc proposé un outil pédagogique fiable, facile d'utilisation, enrichissant l'apprentissage des compétences relationnelles chez l'interne de médecine générale. Cet outil pourra être couplé à de nouveaux apports innovants de la pédagogie médicale, comme la démarche ALOBA.

4.1.2. Sur la supervision vidéo

4.1.2.1. L'outil prépare l'interne à la supervision

Dans un travail en parallèle au nôtre (44), Augustin Houdusse, a pu montrer les intérêts et les limites de l'auto-évaluation des internes en amont de la supervision.

Grâce à l'utilisation conjointe de la vidéo et de la grille d'entretien fournie, extraite de la grille de Calgary-Cambridge, les internes ont pu visualiser par eux-mêmes leurs lacunes ainsi que leurs compétences acquises. Ceci a donc très probablement amélioré la qualité de leur auto-évaluation. Cette démarche réflexive, cette prise de conscience de ces incompétences, a permis aux internes d'agir, à savoir de modifier leur comportement en fonction de leurs observations (51).

La limite retrouvée était la nécessité pour l'interne de bénéficier d'un regard extérieur, afin de visualiser leurs scotomes. On comprend bien le rôle majeur de l'ECA-MSU.

Ce travail préalable des internes, leur a permis de ressentir ce besoin de supervision, et de « vivre » pleinement celle-ci. Cette supervision a été faite d'échanges importants, l'interne arrivant avec ses propres attentes, ses propres demandes. Il a donc pu se fixer au préalable ses propres objectifs de progression.

Les remarques faites par l'ECA-MSU étaient alors mieux comprises et la qualité de la supervision améliorée.

L'autoévaluation en amont a donc permis de rendre la supervision plus efficace.

4.1.2.2. L'outil améliore la supervision avec le MSU

L'objectif principal de cette étude était d'améliorer la qualité de la supervision de l'ECA-MSU grâce à notre outil.

Il existe plusieurs points d'amélioration.

Tout d'abord, notre outil a permis à l'interne et à l'ECA-MSU de pouvoir prendre en compte le langage non verbal lors de leurs supervisions. Cette dimension ne pouvait être prise en compte, auparavant, que lors des supervisions directes où l'ECA-MSU était présent physiquement lors de la consultation. Cette méthode de supervision présente le désavantage d'ajouter « une tierce personne » à la consultation, ce qui peut modifier le comportement de l'interne et du patient. En effet, dans ces ouvrages, 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). De plus, les comportements non verbaux sont plus difficiles à analyser et se font sur un mode différé.

Le mécanisme est très probablement similaire concernant les compétences verbales.

Le deuxième point d'amélioration concerne donc le fait que la consultation soit enregistrée. La vidéo est alors utilisée comme support à la supervision. Cela permet à l'ECA-MSU d'illustrer ses propos. L'outil sert d'apport spécifique pour lever certains scotomes, que l'interne n'avait pu visualiser de manière autonome.

L'apport indispensable de l'ECA-MSU pour ce dernier point est systématiquement évoqué par les internes lors des entretiens semi-directifs. La

levée de leurs scotomes les aide donc à progresser mais aussi à redéfinir leurs objectifs personnels.

Cet échange ne peut avoir lieu que dans un climat de confiance. Ceci est retrouvé dans la littérature, où aucun jugement ne doit exister lors de la supervision, seule l'information doit être transmise (20) (32).

Aucun interne ne s'est senti en position de « jugé », et le fait que l'interne soit davantage impliqué dans la démarche pédagogique, a probablement facilité le maintien de ce climat et donc de cet échange dynamique.

La littérature suggère que ce climat de confiance et de respect établi avec le superviseur, est facilitateur en SODEV (32).

Cette relation permet donc le transfert de compétences du superviseur vers le supervisé (15) (18).

Certaines situations verbales ou non verbales, ont alors pu être illustrées. L'ECA-MSU a donc rendu son discours plus pertinent, et a pu donner des pistes d'amélioration à l'interne. Cela a pu concerner des techniques de communication verbale comme la reformulation, ou bien d'autres techniques non verbales comme le positionnement de l'interne face au patient, l'image en miroir.

Le troisième point est celui de l'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge. Elle permet à l'interne de fixer ses difficultés et donc d'initier la supervision avec ses objectifs personnels.

Cela va dans le sens d'une suggestion d'un interne qui souhaitait un champ supplémentaire « Remarques libres » afin de noter ses commentaires au fur et à mesure de son auto-évaluation. Cela lui permettait de n'omettre aucune donnée lors de la rétroaction.

On se rend bien compte de l'intérêt de cette grille, par le fait que lors de toutes les supervisions menées, les ECA-MSU comme les internes, ont utilisé cette grille comme support. Cela leur servait de cadre dans la prise de conscience des difficultés de l'interne. Les discordances d'évaluation étaient alors une source d'échanges importants, et pouvaient donc axer leurs réflexions.

La grille a donc eu un rôle central lors de la supervision. Elle a favorisée la lecture de la vidéo et a servi de support aux discussions.

Un autre intérêt de l'outil a été de pouvoir expliquer aux internes les comportements des patients. Ils ont pu recevoir des conseils spécifiques à la situation, en fonction de chaque patient. Ils ont également pu mieux comprendre le ressenti de ces patients, comme leur angoisse, parfois non constaté par l'interne.

Nous pensons que c'est donc bien l'ensemble de l'outil à savoir l'auto-évaluation, la grille et le support vidéo, utilisé de manière concomitante, qui rend l'outil plus pertinent dans l'acquisition des compétences relationnelles chez l'interne de médecine générale. Ainsi, la grille permet de mieux visualiser leurs lacunes et la vidéo rend leurs incompétences visibles. Ensuite, la supervision permet de compléter ce premier regard de l'interne, avec la mise en évidence de leurs scotomes.

4.1.2.3. L'outil est efficace

Les internes ont eu des retours très positifs concernant l'utilisation de l'outil. Ils ont estimé qu'il s'agissait d'un outil intéressant pour la formation aux compétences relationnelles. Un interne l'a considéré comme « un des meilleurs moyens d'avoir un retour ».

Ceci est retrouvé dans la littérature, où la vidéo est considérée comme le seul outil qui permette à l'interne de se revoir en consultation. Cela offre donc des perspectives pédagogiques uniques, reconnues par les internes et les formateurs (31).

La supervision est revenue comme un élément pertinent, essentiel à l'analyse.

Ces résultats étaient attendus, dans la mesure où l'apport de la vidéo et de la grille de Calgary-Cambridge étaient déjà bien étudiés et validés dans la littérature.

Certains internes conscients de leurs lacunes après cette expérience, ont pu mettre en place les conseils proposés par l'ECA-MSU, auprès des patients. Ils ont pu constater l'efficacité de ces remarques fondées.

Nous pouvons donc voir l'impact immédiat de l'outil dans l'acquisition des compétences et la modification des pratiques.

Les bénéfices à long terme, n'ont pas pu être constatés dans notre étude. Mais, on peut les supposer durables. En effet, il existe de nombreuses enquêtes canadiennes auprès d'anciens résidents, qui montrent un impact durable de cette rétroaction vidéo dans l'apprentissage relationnel (28).

L'ensemble de nos résultats tend donc à transposer les acquis anglo-saxons aux nôtres, sur l'intérêt de la supervision vidéo en France.

4.1.2.4. L'outil est prêt pour l'ALOB

On remarque lors de nos entretiens, différents éléments entrant dans le cadre d'une démarche de type ALOB (21) (43).

Tout d'abord, la rétroaction a été basée sur les résultats visés par l'interne. Il a été associé à la recherche et à la résolution des problèmes.

La démarche a été bien intentionnée, valorisante et encourageante. Aucun jugement n'a été fait. La supervision a été équilibrée avec un discours autant sur ce qui a bien fonctionné, que sur ce qui a moins bien fonctionné. Des suggestions, des alternatives ont pu être proposées à l'interne. Des discussions autour de concepts pédagogiques ont pu être menées.

L'approche spontanée du schéma ALOBA lors de notre étude, chez des ECA-MSU non formés à cette technique, montre la puissance de notre outil dans l'amélioration de la qualité de la supervision.

Nicolas De Jongh (45), dans son travail parallèle au nôtre, a également pu constater que les ECA-MSU adoptaient spontanément cette méthode pédagogique dans leur supervision malgré leur manque de formation à cette technique.

Augustin Houdusse (44), a pu montrer que l'utilisation de l'outil en autonomie, en amont de la SODEV, permettait de diminuer l'anxiété inhérente à la SODEV et la peur du jugement. Cela permettait alors de faciliter un climat de confiance, bien intentionné et bienveillant.

L'apprentissage de cette technique associée à l'utilisation de notre outil semble prometteur.

4.1.3. Sur l'utilisation de l'outil

4.1.3.1. Facilité d'utilisation

Aucun problème lié à l'utilisation de la vidéo n'a été retrouvé. L'installation de la caméra, le champ de vision, ainsi que les deux micros ont été positionnés de telle sorte que les enregistrements ont été de bonne qualité.

Les tutoriels ont été faciles et simples d'utilisation (Annexe 4 et 5).

La fixité de l'outil, a permis à l'interne et à l'ECA-MSU de faciliter son utilisation. Aucune manipulation, ni paramétrage n'était donc à prévoir sur le matériel. Ce travail avait été réalisé antérieurement.

La qualité visuelle et audio a également été améliorée grâce un enregistreur numérique.

Des difficultés de visualisation ou d'audition, ont été retrouvées dans d'autres études. Mais ces dernières bénéficiaient d'un appareil mobile, de moins bonne qualité et pour lequel le réglage était parfois difficile entre chaque consultation (34).

4.1.3.2. La grille de Calgary-Cambridge

L'utilisation de la grille de Calgary-Cambridge a été facile dans son ensemble. Elle a été jugée adaptée à l'analyse des compétences relationnelles. Les internes ainsi que les ECA-MSU l'ont appropriée facilement, sans explication initiale.

Quelques difficultés ont tout de même pu être évoquées, comme la difficulté de cotation des items plutôt subjectifs tels que l'empathie.

D'après les internes, il était parfois difficile de savoir si l'ensemble des items avaient été abordés lors de la consultation. Selon eux, certaines consultations « se prêtaient » moins à l'évaluation de certaines compétences relationnelles, telles que l'empathie. Mais l'ensemble des consultations leur

semblait intéressant à analyser, afin d'améliorer leurs compétences relationnelles.

Bien que la compréhension de certains items ait été parfois divergente entre l'ECA-MSU et l'interne, cela n'a pas nui à l'utilisation de notre outil. Au contraire, les échanges ont été d'autant plus importants sur ces items-là.

4.1.3.3. L'outil est acceptable pour les patients

La majorité des patients soit 93%, ont accepté de participer à l'étude, et donc à l'enregistrement vidéo.

Ceci corrobore avec l'étude de Campbell et Murray qui affirment que 90% des patients interrogés donnent leur consentement à l'enregistrement vidéo (52).

Pour ces auteurs, le patient consent à la SODEV s'il a reçu au préalable une information sur l'utilisation du film.

Une question a déjà été soulevée lors de différentes études. Le patient accepte-t-il librement la vidéo, ou bien existe-t-il une sorte de pression due au fait que le médecin lui-même initie cette démarche ?

D'après une étude de 1986 de Servant et Matheson, seulement 10% des patients donnent leur consentement lorsque le médecin fait attention à ce qu'ils ne subissent aucune pression. Les auteurs appellent pression le fait de demander le consentement au patient dans la salle de consultation ou que ce soit leur médecin qui le leur demande. En effet, le consentement est de 90% lorsque le médecin le demande dans la salle de consultation, il tombe à 80% lorsque le personnel le demande dans la salle d'attente et à 10% lorsqu'on le demande au patient par courrier à son domicile (53).

Cependant lors des entretiens, les internes ont expliqués qu'ils ont obtenus rapidement et facilement le consentement des patients.

De plus, un interne a évoqué le fait que les patients étaient parfois spontanément motivés par l'outil vidéo, par le fait qu'il s'agissait de participer à une thèse.

La littérature confirme cette explication. La bonne acceptation des patients, peut être en lien avec la motivation à la formation de l'interne (34).

Nos résultats nous semblent en lien avec cette donnée. En effet, les patients recrutés étaient ceux qui acceptaient d'être reçus en consultation par un interne. On peut donc penser qu'il s'agissait de patients désirant participer à la formation des médecins.

Aucune sélection de patients n'a été faite, les demandes de consentement ont été effectuées par l'interne le jour de la consultation.

Aucun élément ne laisse à penser que les patients ont subi une quelconque pression de la part du médecin.

4.1.3.4. L'outil a peu d'impacts sur les patients

L'impact de la vidéo sur les patients a été minime selon les internes. Ils ont estimé que ces derniers oublieraient facilement la vidéo, et que cela n'interférerait pas sur la relation médecin-patient.

4.1.3.5. L'outil peut être utilisé régulièrement

L'obtention du consentement du patient ainsi que l'enregistrement ont été jugés non chronophage.

L'utilisation d'un outil fixe et facile a permis de lever cette partie de contrainte temporelle. Ainsi les utilisateurs n'avaient que très peu de manipulations à effectuer. Cela palliait également aux différents problèmes techniques qui auraient pu avoir lieu.

Le caractère chronophage de la visualisation des entretiens a été jugé de manière discordante par les internes. Certains pensaient que cela leur prenait du temps, et d'autres trouvaient le contraire.

Mais les internes s'accordaient pour dire que la durée de ce visionnage était facilitée par l'installation au préalable d'une plage horaire réservée à cet effet.

La littérature canadienne (26), explique que la planification de la rétroaction est un moyen d'alléger cette contrainte de temps. Cela laisse supposer de même pour la planification du visionnage des vidéos.

Aucun commentaire, n'a été effectué sur la durée de la supervision en elle-même. Ce dernier élément a pu être analysé dans le travail parallèle de Nicolas De Jongh. Selon son étude, les ECA-MSU ont évoqué une contrainte temporelle liée à la supervision vidéo. Cependant, ils s'accordent à dire que la planification de son utilisation serait la solution à ce problème, et qu'il ne s'agit pas d'un obstacle rédhibitoire.

4.2. Sur notre travail

4.2.1. Sur le choix d'un travail qualitatif

L'intérêt de notre étude était de proposer un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans la formation aux compétences relationnelles des internes de médecine générale.

Il paraissait impossible de recruter un nombre suffisant d'internes pour effectuer un travail quantitatif.

Pour une première étude, il était intéressant de recueillir le point de vue des internes et ainsi d'obtenir des réponses très vastes sur le sujet.

Du fait d'un nombre d'entretiens limités, il était d'autant plus important de réaliser des entretiens semi-directifs, ouverts, permettant une plus grande richesse du verbatim, et ainsi d'obtenir une plus grande diversité d'informations. Une seule information donnée par entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires (54).

L'intérêt d'une enquête qualitative s'est donc imposé naturellement aux auteurs.

4.2.2. Sur le choix d'une maison de santé

Il existe de nombreux avantages à réaliser cette étude au sein d'une maison de santé.

Tout d'abord, le turn-over important d'internes au sein de cette structure permet de recruter et de former un nombre important de médecins au sein d'une structure unique, et ainsi de diminuer le coût financier.

Ensuite, la fixité du matériel vidéo, dans une salle dédiée à la consultation de l'interne, améliore la qualité de l'image, du son ainsi que la facilité d'utilisation, et donc la qualité de la supervision.

4.2.3. Ses forces

Cette étude possède certains atouts :

- Les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés par le même interviewer. On peut donc penser que tous les entretiens ont été dirigés de la même façon, avec une certaine reproductibilité, qui aurait été difficilement réalisable s'il existait différents interviewers.

- L'analyse de ces entretiens a été réalisée par trois personnes différentes, sur un logiciel de type CAQDAS. Il existe donc une triangulation de l'analyse ainsi qu'un schéma d'analyse en trois temps, de tous les entretiens. Ceci renforce la validité des résultats, améliore la compréhension et diminue la subjectivité.
- Un premier essai d'enregistrement vidéo des entretiens auprès de patients a été réalisé en amont de l'étude. Il a permis de s'assurer de la bonne qualité sonore et visuelle ainsi que de l'acceptation des patients (35).
- Une première série de consultations filmées, autoévaluées, par un interne motivé par cette étude a été réalisé en amont. Cela nous a donné des pistes concernant l'organisation de l'étude, ainsi que la visualisation des premières difficultés.
- Les internes ont pu donner leurs points de vue après plusieurs utilisations de l'outil, ce qui renforce leurs sentiments (35).

4.2.4. Ses faiblesses

4.2.4.1. Biais internes : Biais de sélection des participants

Un des ECA-MSU participant à l'étude est également président de notre jury. Il n'a pas été sollicité sur le choix de notre protocole, la méthode d'analyse ou la lecture de notre travail. Malgré ce biais, nous avons décidé de l'inclure, afin d'apporter un regard différent à notre sujet. En effet, il était le seul ECA-MSU formé à la supervision vidéo.

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

4.2.4.2. Biais d'investigation

L'interviewer, de par la recherche bibliographique, s'est forgé une opinion sur l'outil. Cela a pu influencer les questions et les réponses lors des entretiens.

De plus, il connaissait au préalable les ECA-MSU de la maison de santé ainsi que certains internes, et a pu nouer des liens avec eux. Cela a pu influencer leurs discours, faciliter leur dialogue, leur connivence.

Cependant, le choix d'entretiens semi-dirigés, volontairement peu directifs, basés essentiellement sur la reformulation limite ce biais.

Nous avons par ailleurs constaté une richesse du verbatim, dépassant les données recherchées, ce qui est la preuve de la limitation de ce biais.

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

4.2.4.3. Biais liés à l'analyse des entretiens

De par leur recherche bibliographique et leurs implications dans les travaux, les trois analystes ont pu être influencés dans la lecture de leurs entretiens.

Cependant, la triangulation de l'analyse, et les multiples relectures selon un schéma en trois temps, limitent fortement ce biais.

4.2.4.4. Limites : Taille de la population étudiée

Etant donné l'obligation de réalisation des enregistrements au sein de la maison de santé, seuls six internes ont pu participer à l'étude.

En effet, aucune donnée ne devait circuler en dehors de la structure et ce, sur interdiction du Centre Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente.

La fixité de l'outil vidéo, ainsi que cette interdiction, ont donc limité le nombre d'entretiens. Nous ne pouvons pas considérer que nous sommes arrivés à saturation des données. Cependant, le dernier entretien n'a pas retrouvé de nouvelles données.

4.2.4.5. Limites : Coût financier

Le coût du matériel peut être un frein à sa diffusion. Il a été de 2121 euros.

Une maison de santé présente une orientation pédagogique. Le choix d'installer le matériel au sein d'une telle structure permet de former de nombreux médecins. En effet, chaque semestre six internes travaillent dans ses locaux et peuvent donc bénéficier de cet outil.

Une solution pourrait donc être de créer un outil similaire au sein de structures médicales comparables, accueillant de nombreux internes et ainsi de propager la méthode de formation tout en limitant le coût financier.

Une autre possibilité serait que les internes exerçant leurs stages à proximité d'une telle structure, viennent y effectuer une série d'enregistrement. Ensuite leurs ECA-MSU pourraient également visionner cette vidéo au sein de cette structure. Ou bien, les enregistrements pourraient être visualisés par un ECA-MSU de la maison de santé, qui pourrait servir de référent.

De même, il serait possible d'utiliser un appareil mobile moins onéreux. Cependant, il a été révélé dans d'autres études (34) que cela pouvait entraîner des problèmes techniques : son de mauvaise qualité, difficulté d'installation. Le tout, rajoutant de ce fait, un caractère chronophage.

De plus, les canadiens, précurseurs de l'utilisation de l'enregistrement vidéo, utilisent des salles dédiées à cet effet avec un matériel non mobile (27).

4.3. Propositions

4.3.1. Sur l'amélioration de l'outil

Nous avons donc pu constater au cours de cette étude, l'utilité de notre outil dans l'aide à l'amélioration des compétences relationnelles de l'interne en médecine générale.

Toutefois, certaines pistes d'amélioration peuvent être apportées.

Concernant la grille de Calgary-Cambridge, il paraît effectivement intéressant d'apporter un champ supplémentaire pour les remarques éventuelles. Cela pourrait aider l'interne à n'omettre aucun de ses questionnements ou de ses constatations et ainsi d'améliorer encore la qualité de la supervision.

Concernant le coût du matériel, il est probablement possible de l'alléger. En effet, nous trouvons de plus en plus sur le marché des produits de bonne qualité à moindre coût. Toutefois, il ne faut pas oublier l'importance de la qualité de la bande sonore ainsi que de l'image. Ces derniers points pouvant être un obstacle à la bonne qualité de la vidéo et donc à celle de la supervision (34).

Comme nous l'avons expliqué précédemment, une solution pourrait être de développer l'outil dans des structures médicales accueillant de nombreux internes et ainsi de promouvoir son utilisation, à moindre coût.

D'autre part, il pourrait être intéressant de former les ECA-MSU à la technique ALOBA afin d'améliorer encore cette supervision. Cet aspect a pu être retrouvé dans le travail en parallèle de Nicolas De Jongh.

4.3.2. Sur l'utilisation de l'outil

Durant les entretiens semi-directifs, des propositions intéressantes ont été émises par les internes.

Une première suggestion a été émise sur la possibilité d'utiliser notre outil en groupe de pairs ou bien avec des ECA-MSU différents afin de bénéficier de regards entrecroisés. Il existe dans la littérature des données similaires (22). En effet, selon ces auteurs, le document vidéo a l'avantage de pouvoir être visionné autant de fois que nécessaire par l'interne et son ECA-MSU, et éventuellement, par d'autres internes ou d'autres ECA-MSU pour des discussions pédagogiques utiles autour de la consultation de médecine générale.

Ensuite, différentes propositions ont été faites comme l'augmentation du nombre de séries d'enregistrement, ou bien la fréquence d'enregistrement. Le but était de donner des pistes d'amélioration dans le cadre de la formation des internes de médecine générale dans les compétences relationnelles. En effet,

l'augmentation du nombre d'entretiens devrait permettre de consolider les acquis, d'apprécier la mise en pratique des conseils de l'ECA-MSU, et d'échanger sur un plus grand nombre de motifs de consultations différents.

D'autres solutions sur le caractère chronophage de l'outil vidéo ont également été proposées. Il s'agissait de diminuer le nombre d'entretiens lors de chaque série d'enregistrement mais aussi de prévoir des créneaux horaires spécifiques dans l'agenda. Nous retrouvons ce concept dans la littérature, où la planification de la rétroaction est un moyen d'alléger cette contrainte de temps (27).

Nous pouvons donc constater l'importance d'un créneau spécifique dédié à cette supervision, afin d'améliorer son utilisation.

Devant ces nombreuses propositions, (sur la fréquence, le nombre d'entretiens par série d'enregistrements), nous ne pouvons pas conclure sur la meilleure stratégie à adopter. Cependant la richesse de ces données, montre bien le caractère modulable et dynamique de notre outil en fonction des besoins ressentis de chaque interne.

Dans son travail en parallèle, Augustin Houdusse(44), a pu étudier le caractère anxiogène de la supervision vidéo. Il a testé une méthode innovante à savoir l'auto-évaluation par l'interne seul, en amont de la supervision, afin de pallier à cette angoisse. Le but était de rassurer l'interne sur ses propres capacités, de le mettre en confiance et donc de diminuer sa peur du jugement.

De même, Nicolas De Jongh, dans son travail parallèle au nôtre, a pu montrer que notre outil améliorerait également la rétroaction d'un point de vue des ECA-MSU. Leur manque de formation concernant cet outil, ne s'est pas révélé être un obstacle à son utilisation.

Notre outil a été accueilli de manière très positive que ce soit auprès des ECA-MSU que des internes, qui voyaient là une façon innovante et intéressante d'aider l'interne dans l'acquisition de ses compétences relationnelles.

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. 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. 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. 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 [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. Poitiers; 2014.

45. De Jongh Nicolas. 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. 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.

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.



Annexe 3 : abstract – Congrès du CNGE 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 3e 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 :

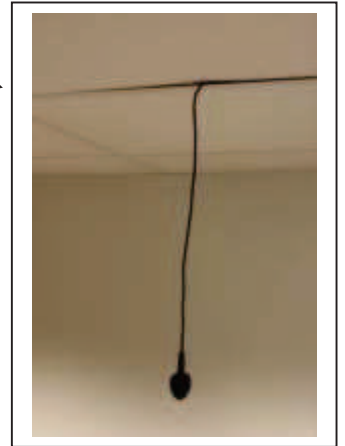
Les difficultés rencontrées, liées à l'acquisition et à la mise en place du matériel seront également rapportées.

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.

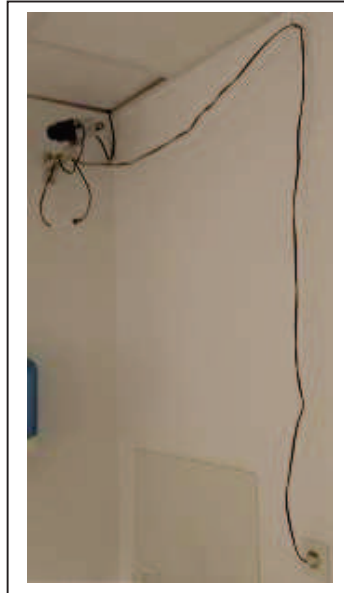
Auteurs : De Jongh N, Valette T, Birault F, Binder P, Parthenay P, Bornert C, Poppelier A, Lemercier X, Gomes J.

Annexe 4 : Tutoriel Enregistrement Vidéo

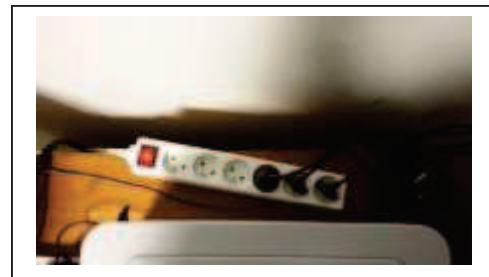
- Positionner le micro qui est au-dessus du bureau



- 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



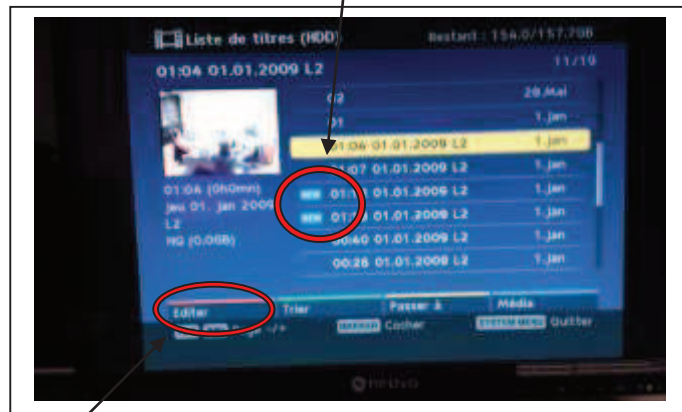
- La télévision affiche le menu d'accueil.



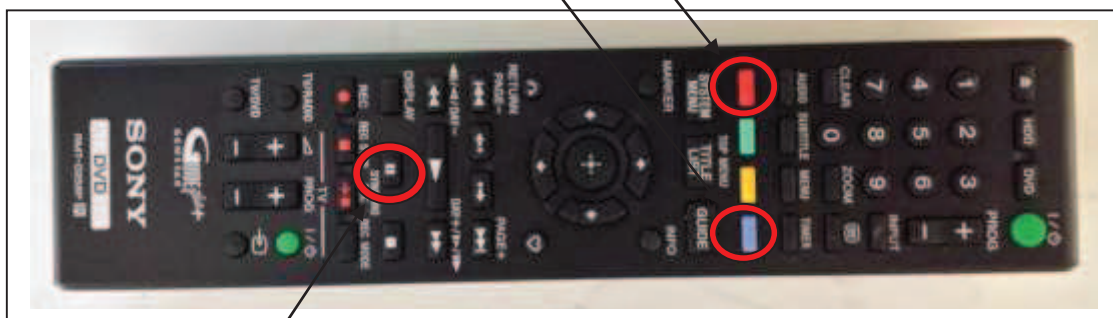
- Flèche de droite : aller sur « Vidéo (titre) »
- Appuyer sur « croix » pour valider



- 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 internes

I- DEBUTER L'ENTREVUE

C- Identifier la (les) raisons de consultation

Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
J'ai 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
J'ai utilisé la technique des questions ouvertes et fermées (en commençant par des questions ouvertes puis fermées)	☐	☐	☐	☐
J'ai 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
J'ai 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
J'ai utilisé des indices vocaux adaptés (débit, volume et tonalité)	☐	☐	☐	☐
Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
J'ai utilisé un contact visuel adapté (je regarde vers le patient pendant l'écoute et les explications, si j'utilise des notes ou l'ordinateur je 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
J'ai utilisé l'empathie verbale (j'ai reconnu les points de vue et les émotions du patient et je lui ai montré que je les avais compris)	☐	☐	☐	☐
J'ai 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
J'ai utilisé un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, et évité le jargon	☐	☐	☐	☐

médical ou du moins je l'ai expliqué

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

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

Annexe 7 : Extrait de la grille de Calgary-Cambridge, pour les ECA-MSU

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

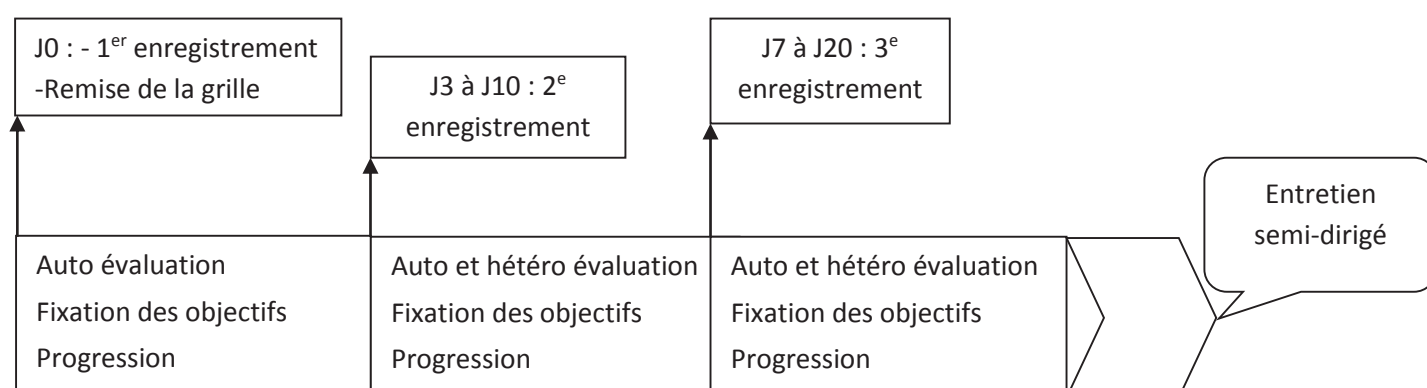
Objectif	PAS DU TOUT	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	TOUT A FAIT
L'interne a utilisé un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient , et évité le jargon médical ou du moins il l'a expliqué	☐	☐	☐	☐

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 8 : 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.
- Afin de faciliter la mise en place du protocole, cette troisième était facultative. Cela devait permettre d'inclure le maximum de participants en fonction de leurs disponibilités ainsi que de faciliter la gestion des locaux.
- **Un entretien semi-dirigé 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 9 : Guide des Entretiens Semi-Dirigés des Internes

- **Préambules, consignes**

Il s'agit d'un travail de thèse portant sur la communication ; à savoir l'amélioration des compétences relationnelles verbales et non verbales chez l'interne en médecine générale.

Cette thèse explore le point de vue de l'interne sur l'utilisation d'un outil de formation à la communication verbale et non verbale à l'aide de la grille de Calgary-Cambridge lors d'une SODEV (supervision par observation directe avec enregistrement vidéo).

Les entretiens réalisés à la fin des séries d'enregistrements, seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité afin de permettre leur analyse.

Ils apparaitront 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 permet une diminution de l'anxiété de performance :**

- Appréhensions de l'interne par rapport à la supervision vidéo avant l'étude
- Modifications du comportement de l'interne par la présence de la caméra
- Evolution du regard de l'interne sur la vidéo au fil des trois séries d'entretien
- Effet de la première série de consultations autoévaluées sur l'anxiété de performance de l'interne lors des deux séries soumises à la supervision par le MSU
- Ressenti de l'interne par rapport au climat de la SODEV : accès sur sa progression (formation) ou sentiment de jugement (évaluation)

- **L'utilisation de la grille de Calgary par l'interne pour son auto-évaluation par SODEV est une aide :**

- Pour prendre conscience de ses incompétences verbales et non-verbales
- Pour se définir des objectifs de progression

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

- La grille de Calgary sert de support à la rétroaction (auto-évaluation et hétéro-évaluation)
- 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'auto-évaluation de l'interne en amont, améliore la réception du discours du MSU
- La rétroaction s'effectue dans un climat de confiance
- Utilisation d'autres supports pendant la séance (visionnage des vidéos avec le maître de stage, illustration par des situations vues précédemment lors du stage...)

- **Notre outil est simple d'utilisation**

- Utilisation en autonomie par l'interne
- L'enregistrement vidéo : facilité et difficultés d'utilisation du matériel
- La grille de Calgary-Cambridge : compréhension des items, abord des items dans leur globalité
- Temps nécessaires : évaluation par la grille de Calgary-Cambridge, rétroaction avec MSU
- Amélioration de l'outil

Annexe 10 : 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 11 : 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 12 : 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

Entretien 1^{ier} Interne

- *Donc je t'ai expliqué un peu les consignes, le préambule, tout ça...*
Juste une question d'introduction et après t'essaies de parler et je te relancerai s'il y a besoin.
Parle moi simplement de ton expérience sur la supervision vidéo, que tu as vécu le mois dernier.
- Ça, au moins, c'est vague comme départ.
Alors la vidéo, moi, ça avait commencé.... Je te raconte toutes les histoires ou juste ce que j'ai ressenti globalement?
- *Comme tu veux.*
- Bon déjà, j'étais plutôt assez curieux de le faire, mais c'est clair que déjà, j'étais un peu anxieux de le faire.
Parce que bon, tu te fais juger par tes maîtres de stage donc tu te dis : « Est-ce qu'ils vont me valider le stage ou pas ? ».
Ils te voient vraiment, sachant qu'avant ils te voyaient pas vraiment, donc ils ne savent pas vraiment ce que tu vaux.
Et donc, ça te dit : « Est ce que je le fais ou je le fais pas ? ». Déjà tu te dis : « Est-ce que je vais être validé si je le fais ? ».
Bon après, tu te dis c'est un peu bête, finalement ça va m'apprendre à me voir. Parce que c'est vrai, tu ne te vois jamais dans tes études de médecine. Tu ne te vois jamais directement.
Donc ça, c'était assez intéressant de voir ce principe-là quoi.
Donc après...
Avec le tutoriel, c'est assez facile de mise en place. Il n'y a pas eu de problème à ce niveau-là. C'était plutôt bien fait, je n'ai eu aucun souci là-dessus.
Le consentement des gens : ils étaient finalement assez d'accord, il n'y a pas eu de problèmes, je n'ai pas eu de refus.
Là je te détaille toutes les vidéos que j'ai faites.... ?
- *Pas forcément, simplement les choses qui t'ont semblées pertinentes, dans ce qui a découlé de l'utilisation de l'outil.*
- Les choses qui m'ont semblées pertinentes...
Bon, tu vois, j'ai pu me voir, j'ai vu plein de petites mimiques que j'avais, plein de petites phrases que je disais en plus, et qu'il ne fallait pas forcément dire.

J'ai vu des attitudes, que je n'avais pas forcément conscience, dans la vidéo : des attitudes de postures. Quand j'avais des questions qui me gênaient, j'avais tendance à tourner la tête, et de tout ça, tu ne t'en rends pas compte en fait...

Il y avait des gens que j'ai rencontré que je n'aimais pas et quand je suis tombé sur eux dans la vidéo, de suite, j'ai senti que j'étais complètement fermé et qu'ils devaient le ressentir.

Et des gens que j'aimais, où je me suis directement ouvert à eux, il y avait plein de postures intéressantes à voir.

Euh, ça c'est le ressenti global... Attends...

Il y a ça, je me suis senti plutôt bien...

Euh... Après tu vois, tu essaies, tu te dis au début, tu essaies de paraître bien dans la vidéo... Ça c'est clair que... Mais bon...

Finalement, tu vois qu'au bout de 15min, tu reprends de suite tes vieilles habitudes...

Alors tu essaies d'y penser au début, peut être la première vidéo, tu essaies de tout faire bien, puis finalement tout revient au galop, tu te dis bon voilà...

C'est assez intéressant aussi de ce côté-là, de se voir comme ça.

Après, c'est vrai que les trois premières vidéos où tu peux te voir seul c'est assez rassurant. Tu vois de suite ce qui ne va pas grosso modo, tu as le temps d'y réfléchir avant la 2^e séance.

Le débriefing, c'est assez intéressant parce que souvent c'est assez pertinent ce que racontent les tuteurs. C'est des points de plus, forcément, puisque tu ne vois pas forcément la vidéo et que eux te voient.

Donc ça, c'est quand même intéressant, tu n'arrives pas à corriger tout, tout seul.

Il y a des trucs aussi, ça te permet...

Parce qu'après, il y a des points que tu arrives à corriger tout seul, des postures, des choses comme ça, quoi...

Puis il y a des points qu'eux te mettent... Ben tu vois faut être vraiment à côté d'eux pour le voir.

C'est assez intéressant qu'il reregarde avec toi de ce côté-là.

- *Ils ont regardé la vidéo avec toi du coup ?*
- Non, non, ils n'ont pas regardé, mais si tu veux on en a parlé, et après on a reregardé si tu veux.
- *D'accord.*
- Tu m'avais dit de ne pas les regarder avec eux. Et après on avait des points précis, où finalement tu n'avais même pas conscience que ça, ce n'est pas forcément bien sur ta pratique médicale... Mais bon... Des petits trucs, des petits détails... Tu vois. Toujours dire des phrases « tu vois ».
- *Carrément.*
Euh... Tu m'as dit que tu avais eu peur du jugement au début ?

- Ben oui, au début forcément tu te dis, quand on te présente le truc. Tu te dis, bon, je suis en fin de stage... Ça te fait hésiter un peu au début.
Moi je n'ai pas trop hésité si tu veux... Mais au début, tu te dis : « Si, il me voit en direct, est-ce qu'il va me valider le stage ou pas ?... ». Mais c'est clair que t'as peur du jugement... Puis après tu te dis : « Bon c'est un outil pédagogique qui est intéressant... ». Mais c'est clair que ça, ça doit être le gros frein, quand même, au départ. T'es assez anxieux.
Et tu te dis : « C'est (MSU) qui va le voir, et tout... ».
Et tu te dis, lui qui est hyper critique.
Voilà c'est sûr, parce que toi, tu passes finalement d'un truc où tu es tout seul, toute la journée, où tu te ne remets pas forcément en question.
Enfin tu essaies de te remettre, avec tous les débriefings et tout...
Sur toutes tes postures, sur tout ce que tu dis, sur toutes les phrases que tu dis.
Tu te remets finalement peu en question, sur toutes les attitudes, sur le non-verbal...
Et même sur ce que tu dis.
Et là, finalement le fait de te voir, tu te recentres finalement vachement là-dessus.
J'étais clair ou pas ?
- *Oui, je vois bien ce que tu veux dire.*
Et alors du coup, à postériori, cette évaluation, ce regard du maître de stage, tu l'as jugé comment ?
- Ben, c'est plutôt constructif à la fin, tu vois au contraire, c'était plutôt intéressant, parce que tu vois toutes postures qui n'allaient pas, tu arrives à plus évoluer.
Parce que finalement, tu évolues bien tout seul, devant la vidéo... Mais tu vois, j'ai cru que ça allait suffire de te voir tout seul... Mais en fait, ça t'apportes un petit truc en plus, que tu ne vois pas forcément tout seul, des trucs un peu plus fins.
C'est plus de l'expérience qu'ils t'apportent, tu vois sur les vidéos, qui est assez intéressante...
- *De l'expérience ?*
- Oui, non, eux ils t'apportent de leur propre expérience... Tu vois, pour ce patient, j'aurai peut-être dû mettre plus de temps de pause... Tu vois, des trucs vachement précis, que tu ne sens pas forcément à ton niveau, que t'arrives à acquérir avec de l'expérience.
Et ça, c'est intéressant, parce que finalement, t'es tout seul et que petit à petit, tu vois ce qu'elle veut dire et tu te tends à essayer de mieux faire le truc quoi.
- *Ok.*
Dans le débriefing, tu as eu l'impression que tu as été acteur, c'est-à-dire tu as demandé des choses ? Ou ça s'est fait tout seul ? Avec ton maître de stage ?

- Ben après, c'est facile, si tu veux, on avait la grille.
Donc déjà, on reparlait. Donc nous, on reprenait la grille dès le départ et elle me disait déjà je crois... C'est (ECA-MSU), qui l'a fait en plus avec moi... Elle me disait déjà : « Comment tu t'es senti ? ». Déjà, elle voulait voir globalement comment je m'étais senti.
On reprenait point par point si tu veux le débriefing.
Moi, je lui disais pourquoi j'avais dit ça, machin... Voilà, après elle me posait pleins de questions.
On regardait la vidéo ensemble, sur les points qu'on avait vu, qui posaient problème. Ou sur ce qui avait été bien, ce qu'il fallait renforcer.
Donc oui, on était tous les deux acteurs, moi je disais : « Est-ce que c'était bien finalement de faire comme ça ?... » .
Je posais des questions sur des trucs, sur les attitudes : « Est-ce que j'aurai dû dire cette phrase à ce moment-là ?... Est-ce que j'ai bien fait de ne pas dire ça à ce moment-là ?... » .
Enfin c'était assez constructif, on se parlait mutuellement...
Ça se faisait assez naturellement, mais je ne l'écoutais pas parler. Je posais des questions sur la vidéo en même temps.
T'as pleins de questions, tu te dis : « C'est bien de faire ça, à ce moment-là ? ».
- *Et donc la grille t'a servie ?*
- Forcément que la grille elle sert.
Parce que déjà... Pour le débriefing avec elle ?
- *Pour tout, pour le débriefing mais aussi l'évaluation.*
- La grille, elle te sert parce que forcément déjà... Toi, quand tu regardes la vidéo, déjà... Tu ne sais pas trop quoi chercher...
Une fois que tu notes le soir, tu comprends un peu plus ce que tu veux donc... Donc forcément, t'es plus axé sur ce que tu vois : la construction d'un entretien, les temps de pause... Tout ça, ça te le rappelle bien, donc...
Ça t'aide beaucoup...
Après finalement, tu vois que ta grille est plutôt structurée, forcément, que c'est fait pour, et que ça te rappelles les grands principes. Et tu vois qu'au début, tu ne les fais pas forcément bien.
Tu vois la grille de Calgary, c'est quand même un vieux truc, tu ne t'en souviens pas forcément.
Tu vois que tes entretiens, ils ne sont pas forcément structurés en fonction des personnes, et là ça te permet d'être systématique et donc c'est un bon outil pour voir si tu as bien fait l'entretien.
Et donc à chaque fois, tu essaies de construire mieux tes entretiens.
Tu essaies que ce soit organisé, tu vois, ce qui ne l'était pas forcément avant.

Tu essaies d'avoir un cheminement, un déroulement entre chaque patient qui vient, de plus en plus... Qui se rapproche de plus en plus de la grille de Calgary au final...

Je ne sais pas, c'est ce que vous cherchiez au final, un peu non ?

Je ne dois pas poser de questions, donc...

« Rires »

J'avais ce pressentiment que finalement, tu essaies de te rapprocher de la consultation qui devrait être parfaite au niveau du verbal et du non verbal...

Et petit à petit... C'est vrai moi, je ne structure pas au début...

Tu essaies de faire plus attention à respecter le temps de parole, du coup, à faire des pauses, à écouter ce qu'il te dit, à résumer les situations...

Tu essaies de mieux faire les choses.

C'est vrai que ça, ce n'est pas inintéressant, parce que tu prends des habitudes comme cela petit à petit.

- *Tu m'as parlé du verbal, du non verbal ?*

- Oui, parce que déjà, le verbal, tu vois tout ce que tu dis, tous les déchets que tu peux dire, tu vois déjà tes expressions quand tu les dis... Tu vois quand tu n'es pas convaincu, tu vois ta tête et tu vois la tête du patient, ça c'est pour le non verbal.

Tu vois tous les déchets que tu dis...

Et surtout le non verbal, parce que là, c'est plus intéressant le non verbal.

Parce que tu vois toutes tes réactions, que toi, tu ne vois même pas quand tu n'es pas filmé. Tu vois toutes les réactions des patients quand toi tu dis des trucs et que tu le sens moyen. Tu vois où tu n'es pas congruent finalement, et tu ferais mieux de le dire.

Non verbal : tu vois toutes tes postures, les postures des gens, tu vois si tu veux aller vers lui ou pas, tu vois si tu as des réactions quand elle dit des choses que tu n'aimes pas trop, toi tu te refermes sur ton ordinateur un peu plié en deux sur le clavier et tu ne t'en rends pas forcément compte.

Tu vois tes émotions, que t'as du mal parfois à contrôler et que le patient ressent.

Tu sens pleins de choses, tu vois beaucoup mieux les choses, que tu ne voyais pas forcément.

- *Ton regard sur la vidéo à posteriori ?*

- Ça, c'est vraiment un outil qui peut être intéressant.

Mais bon, le truc, c'est que tu ne peux pas t'améliorer, je pense, en trois séances. Il faudrait en faire beaucoup plus. Il faudrait être installé pour essayer de le faire beaucoup plus souvent, parce que ce qui est chaud... C'est clair que c'est sympa. Mais tu ne progresses pas en 2 minutes.

Ce n'est pas au bout de trois vidéos que tu arrives à choper tous les automatismes, limite, il faudrait en faire tous les soirs.

C'est un peu ça, il faudrait travailler, travailler, travailler... Parce qu'après, tu oublies vite, il faudrait que ce soit continu ou que tu fasses des séances tous les mois dans ta pratique médicale.

C'est un peu ça l'objectif de votre truc aussi je pense, mais...

- *De trouver un outil utilisable et...*

- Ou alors, tu pourrais faire des groupes de pairs où chacun se regarde, pourquoi pas, entre médecins, ça pourrait se développer comme ça.

Tu pourrais faire des vidéos, comme ça, où chacun s'évalue et dis à l'autre. Tu vois, ça pourrait être sympa.

Tu t'obliges à en faire 3-4 fois par mois, tu te remets en question à chaque fois à ce moment-là, tu refais la grille de Calgary, tu te fais des rappels. Parce que sinon, c'est un peu épisodique, ça, tu vois.

C'est vrai que c'est intéressant... Tu vois, moi j'ai.... Je ne sais pas après si tu peux continuer quand t'es médecin, parce que c'est chronophage, faut avoir la volonté de le faire, faut être soutenu, faut avoir plusieurs personnes. Parce que si t'as juste ton regard, le premier truc que tu fais c'est que... Tu n'as pas de regard extérieur.

Donc si tu veux le mettre en place, il faut que tu aies des groupes de pairs qui acceptent de faire ça entre plusieurs personnes, donc tu as un collègue, où tu tapes des vidéos le soir.

- *Tu as trouvé ça chronophage ? Là, dans l'utilisation ?*

- Chronophage : pas quand tu fais pour le mettre en place, mais si tu veux le temps que tu mets à les regarder, c'est des consultations que tu as fait, donc tu doubles le temps de consultation.

Donc finalement si t'as 8-10 consultations par jour, ça t'en fais 20 dans la journée, parce que tu te retapes les 10.

Donc c'est chronophage quand tu le regardes, quoi.

Mais après dans la pratique future, c'est clair qu'il faudrait le mettre en place, mais faudrait en faire 2-3 par mois, ou t'en fais 1 par mois même.

Tout le monde en fait une par mois, tu te réunis en groupe de pairs où finalement tu montres de la vidéo, ça serait vraiment super, ça.

Tu sélectionnes 5 vidéos....

- *Oui, tout à fait.*

- Parce que sinon, moi je ne me vois pas le faire tous les soirs, clairement.

Non, non, mais sinon, pourquoi pas en faire une de temps en temps, quand tu t'es entraîné un peu.

Parce que au début, ça demande beaucoup d'entretiens : la relire, la refaire, faut rerecrire, le refaire, regarder tes trucs... Parce que moi, il y a pleins de trucs que je n'ai pas encore corrigé moi, je pense.

- *T'as l'impression qu'au début, il y a eu un apprentissage de l'outil ?*

- Alors ce n'est pas un apprentissage de l'outil.
Finalement, j'ai appris à faire plus attention à mes consultations et finalement à voir la consultation idéale avec la vidéo... Mais bon.
Le problème, tu vois, c'est qu'avec cette grille, après ça te permet d'avoir l'entretien idéal que tu n'avais pas forcément avant.
Donc, il y a deux trucs, si tu relis la grille entre chaque consultation et que tu n'as pas la vidéo, déjà tu vas commencer à te poser des questions, à essayer de faire mieux les choses.
Bon déjà, je ne faisais pas forcément bien, ce n'était pas aussi net dans ma tête que ça avant. Donc la grille, ça me permet de restructurer l'entretien.
Et après la vidéo, ça va apporter le fait de voir, de me voir sur la vidéo, de voir mes postures, de voir tout ce qui est verbal et non verbal.
Donc là, il y a deux choses, la grille, elle m'a apporté de me remettre en question sur mes consultations et la vidéo permet de me voir et de corriger mes défauts, mes postures, mes déchets de phrases, tout ça...
Et de me faire évaluer, de voir ce qui n'allait pas, par mon maître de stage, ce qui n'est pas inintéressant et d'avoir un regard extérieur aussi.
- *Ton maître de stage, t'as apporté quoi par rapport au regard que tu avais ?*
- Il m'a apporté toute l'expérience qu'il avait, lui, sur les patients qu'il connaissait.
Donc c'est hyper intéressant, de me dire : « Tu vois, lui, quand il se présente comme ça, tu marques plus de pauses, parce qu'il a besoin que tu l'écoutes à ce moment-là ». Des trucs que quand tu es jeune médecin, tu ne ressens pas forcément.
Les temps de pause, les postures... « Là, il faut que tu sois plus congruent, là, tu aurais dû marquer un temps de pause, là tu aurais dû plus reformuler comme ça, avec plus d'empathie... Là, il avait besoin que tu l'écoutes et que tu marques un temps de pause. » Surtout chez les patients qui ont un suivi au long cours, et qui sont psychologiquement affectés...
Bon, ce n'est pas le mec, qui arrive et qui a une douleur thoracique, ça tu n'en parles pas.
C'est plutôt pour le suivi au long cours des patients, ça apporte vachement, parce que tu ne sais pas souvent comment les prendre quand tu es jeune médecin.
Lui, il t'explique qu'il cherchait du réconfort, que tu aurais dû faire ça, lui dire ça, à ce moment-là, lui reformuler ça, peut être lui tendre un mouchoir à ce moment-là... Et là, il t'apporte vachement de trucs, sur des sujets où toi, tu ne sais pas trop quoi faire.
Et c'est plutôt dans ce sens-là, que c'était intéressant.
- *Alors finalement, toi, tu arrivais au débriefing avec ton maître de stage, avec quel matériel ? Tu te présentais comment ? Comme ça au feeling ?*
- Alors, les débriefings, on les faisait. On reprenait les grilles que l'on avait faites tous les deux. Pour dire déjà, les points où l'on était en désaccord, pourquoi tu es en désaccord.

Je lui montrais des vidéos et je lui disais là : « Qu'est-ce que j'aurai dû faire ? ».

Parce que c'est quand même compliqué.

Moi, je voulais lui remontrer des petits points de vidéo... Enfin voilà quoi, elle avait sa grille et ma grille.

Donc à chaque fois, on montrait les points, ce qui était bien ou pas. On essayait de s'en rappeler entre chaque point.

Si on était en désaccord, on regardait des petits bouts de vidéo, là où on était bien ou pas bien. Et moi, à la fin, je lui disais : « Attends, est-ce qu'on ne pourrait pas repasser cette séquence ? Est-ce que j'ai pas bien fait ça ? Parce que moi je trouve que ça... etc... »

- *Ok. Bon c'est déjà, très très bien.*

Est-ce qu'il y a des choses que tu penses que l'on n'a pas dit ? Dont tu voudrais parler ?

- Alors, tu vois les limitations par exemple.

Tu vois, le problème de la vidéo, c'est qu'au début... Bon, déjà, tu te présentes....

Alors tu vois, le fait de la vidéo, il y a des gens que tu connais un peu, tu n'oses pas forcément lui poser des questions intimes dès le départ, tu t'accommodes difficilement à la vidéo.

Tu leurs dis...

Ben voilà, par exemple, la première patiente que j'ai eue, je la connaissais. C'est bien, parce que c'était la première fois que je la revoyais. Dans cette vidéo, ce qui m'a un peu limité, c'est qu'au bout d'un moment, j'aurais dû faire un examen gynéco, que j'aurais fait s'il n'y avait pas eu la vidéo.

Là, je me suis senti un peu bloqué, parce que je me suis dit : « Il y a la vidéo, est-ce que ça ne va pas la gêner ? Est-ce que, elle va me prendre pour un pervers ? ».

Et tu vois, on avait rediscuté de ça d'ailleurs, et tu m'avais dit, bon là, il y avait peut-être possibilité de l'arrêter, mais moi, je n'avais pas eu cette notion.

Donc, je me suis dit : « Bon là, prenez rendez-vous avec le gynéco ». Et là, je me suis un peu limité là-dessus.

Et puis il y a des gens... Forcément quand tu commences la vidéo, t'es toujours un peu... Tu fais vachement plus attention à ce que tu dis.

Et... Bon, ça, ça repart assez facilement, ça tu ne fais pas trop attention.

Mais des fois, il y a des questions que tu n'oses pas... Enfin moi, je n'ai pas osé. Des questions trop intrusives, tu vois, c'est peut-être le début de la vidéo aussi...

Il y a des gens, où je me suis dit : « Est-ce que ça ne va pas les choquer si je leur pose ça, s'il y a la caméra ? ». Tu vois, c'est peut-être moi, qui avait plus peur de la vidéo qu'eux, au final, du moins au début.

- *T'as ressenti quoi de la part des patients ?*

- Les patients, ils s'en foutent un peu, quoi...

Non, mais, je réfléchis, les patients, ils l'oublient en 5 min la vidéo, donc finalement ça se passe plutôt bien, ils l'oublient facilement la vidéo.

Moi, je sentais que c'était plutôt moi, qui étais gêné sur la vidéo, qu'eux au final.

Eux, cela ne les dérange pas, à mon avis. Enfin je ne l'ai pas ressenti comme ça.

A moins que tu aies une jeune, qui vienne pour une mycose, qui avait 20ans, peut-être, qu'elle, ça va la déranger, forcément...

Mais tu vois, je suis tombé plutôt sur des mecs qui étaient plutôt âgés, de mémoire, ils s'en foutaient royal de la vidéo, donc euh....

C'est plutôt, moi qui y pensais de temps en temps, et qui était plutôt.... Qui avait plus peur de poser des questions, d'être intrusif.

Je me disais « Qu'est-ce qu'ils vont penser si jamais je leur demande cela, alors qu'il y a la vidéo ? ».

C'est plutôt moi qui me freiner avec ça, au début.

- *D'accord.*

- Mais je pense que ça, ça passe petit à petit quand tu pratiques, mais...

Parce que t'as le stress dès que tu la démarres. Tu te dis, attends, il ne faut pas dire de conneries, je me tiens bien droit, je regarde le patient dans les yeux... Voilà, quoi.

- *Ok.*

Bon, ben, super.

Je pense que c'est bon.

- C'est bon ?

- *Autre chose à rajouter ?*

- Attends, je voulais te dire à part un truc.

C'est que j'ai eu un autre problème.

Alors le problème, c'est les consultations où il y a deux personnes à chaque fois dans les consultations.

Ça c'est chiant quand il y a la vidéo, parce que... Qu'est-ce que je voulais te dire là-dessus ?....

Bon déjà, j'avais été embêté, parce que j'avais eu deux consultations alors qu'il ne fallait en faire qu'une. J'étais tombé sur des personnes qui parlaient en même temps, tu vois, je ne savais pas lequel prendre parce que quand t'es en consultation comme ça, tout le monde parle et tout...

Et finalement, cette vidéo, elle pourrait ne pas être inintéressante, quand t'as des trucs en couple, parce que tu vois que c'est le gros bordel.

Et à chaque fois ce n'est pas encore construit, mais bon...

Donc ce n'est pas très intéressant ce que je te dis là, mais bon...

- *Non, non. Mais tout est intéressant.*

- Enfin voilà quoi...
Je sais que ça m'avais embêté, mais je ne sais plus trop pourquoi, je n'arrive plus trop à m'en rappeler, mais bon...
- *Ça t'avait gêné dans la consultation ? Dans l'évaluation derrière ? Dans le débriefing ?*
- Oui, dans l'évaluation derrière. Parce que j'étais un peu perdu.
En fait, voilà, je me suis rendu compte qu'avec la vidéo, tu avais encore plus de mal à avoir une consultation structurée, quand il y avait deux personnes.
Ça, c'est chapeau, quand tu as un petit couple de vieux. Ça te prend le chou quoi, enfin bref, voilà quoi....
- *Ok, bon, ben, super. Merci beaucoup.*

Entretien 2^e Interne

- *Parles-moi de ton expérience avec la supervision vidéo.*
- « Hésitations... »
- *C'est vague, exprès.*
- C'est stressant.
- *Stressant ?*
- Le fait d'être filmée pendant la consultation, c'est stressant au début, parce qu'on n'est pas tout à fait naturel. Mais, au fur et à mesure de la consultation, on oublie la vidéo. Bien que l'on fasse très attention, à comment on parle, comment on explique au patient, sachant en plus, qu'on est regardé après par son maître de stage, on fait vraiment attention à ça.
Mais, au fur et à mesure de la consultation, on s'apaise et on l'oublie petit à petit, bien qu'elle soit toujours dans un petit coin de la tête. Là-dessus, il n'y a pas de doutes.
- *Quand tu n'étais pas regardée par ton maître de stage, ça changeait les choses pour toi, dans l'utilisation ? Quand il n'y avait que toi qui regardait ?*
- Oui. Beaucoup moins...
Parce que tu sais qu'il n'y a pas de regard secondaire.
Mais, à peu près, la même chose que quand tu fais une consultation avec ton maître de stage, parce qu'il te regarde, il ne participe pas forcément à la consultation, il te laisse faire, il te laisse mener la consultation. C'est aussi stressant que quand il regarde, après, la consultation vidéo.
- *Pour toi, c'est comparable ?*
- Oui. C'est à près la même chose.
- *Ok.*
Après par la suite, tu l'as vécu comment, tu as évolué comment dans l'utilisation de la vidéo au fur et à mesure ?
- Par rapport aux consultations suivantes, après ?
- *Oui.*

- Je n'ai pas l'impression d'avoir progressé. Enfin d'avoir changé ma manière de consulter. Je n'ai pas l'impression d'avoir modifié quelque chose.
- *D'accord.*
Ça, c'est par rapport à la grille ? Par rapport à ton ressenti ?
- Par rapport à la grille. Je n'ai pas l'impression d'avoir changé de case... D'items... Du début des consultations à la 9^e consultation vidéo.
- *Le fait de t'autoévaluer avec la grille, ça t'as servi à quelque chose ?*
- Oui. C'est loin, c'est ça. Comme c'est un peu loin aussi, c'est un peu plus compliqué. Mais oui et non, en fait.
Parce que je n'ai pas l'impression que cela à changer ma manière d'aborder le patient dans les suites.
Mais après, on est beaucoup plus attentif à ce que l'on dit au patient, parce qu'on sait que l'on va se reregarder derrière. Donc on cible certaines choses.
J'ai fait très attention aussi à l'ordinateur, au regard que tu échanges avec le patient, et le fait d'écrire la consultation dans l'ordinateur.
Oui, ça, j'ai fait très attention, parce que je savais que ça allait se revoir à l'image.
Donc, j'ai essayé d'avoir un lien avec le patient et de switcher un peu l'ordinateur.
- *Et par la suite, après, une fois que c'était fini ?*
- Comment ça ?
- *Une fois, que tu avais fini les entretiens, et que tu es revenue à ta consultation classique sans vidéo ?*
- Je n'en ai pas fait après. C'était ma dernière consultation. C'était ma dernière consultation qui était sur les vidéos.
- *Ok.*
Alors tu me dis, que, en fait, ça a changé ta façon d'être dans la consultation.
Mais lors de ton débriefing, quand tu te voyais, cette grille, elle t'a servi à quelque chose ?
- Oui... Après, je ne retrouvais pas forcément les éléments de la grille dans la consultation.
- *D'accord.*
- Il y avait des choses, et je sais, on en a parlé avec (ECA-MSU) aussi... On ne savait pas.

Il y avait des éléments de la grille, en fait, on ne savait pas y répondre, parce que, on ne le retrouvait pas forcément dans la consultation.

Et il y a des éléments de la grille, où l'on est forcé de mettre...

Oh, je ne me souviens plus... Tu n'as pas la grille avec toi ?

- *Non, je ne l'ai pas avec moi.*
- Notamment, tout ce qui est, relation avec le patient : « Est-ce qu'on le regarde bien ? Est-ce que si ? Est-ce que ça ? ».
Euh... Non, attends, c'était quoi ?... Je ne me souviens plus...
- *Prends ton temps, il n'y a pas de soucis.*
- C'était celle qui était en bas, tout en bas. Tu te souviens plus ?
Notamment avec les ordinateurs en fait.
- *Le verbal ? Le non-verbal ?*
- Ouais...
Et, je crois qu'à un moment donné, en fait, on est obligé de répondre... Tu as...
C'était quoi tes quatre items ?
- *C'était : « Pas du tout », « Un peu »... Enfin « Plutôt non », « Plutôt oui » et...*
- Voilà.
En fait, à chaque fois, on répondait « Plutôt non », du fait de l'ordinateur, du fait de devoir couper en fait, la relation visuelle avec le patient. On était toujours obligé de mettre « Plutôt non ».
- *D'accord.*
- Euh... Et ça, ça n'a pas progressé ensuite.
- *Parce que tu avais une obligation, de toute façon physique de remplir ton dossier, et cetera ?*
- C'est ça.
- *Ok. D'accord.*
Votre débriefing, puisque tu parles de débriefing, ça s'est passé comment ?
- On regardait ensemble la vidéo.
- *D'accord.*

- On regardait ensemble la vidéo et c'était... En fait, on n'a pas vraiment...
Si tu veux, on n'a pas parlé sur : comment je me suis comportée, sur mon comportement vis-à-vis du patient. Comment j'ai mené la consultation, on n'en a parlé avec (ECA-MSU). Voilà.
- *D'accord.*
Quand tu es arrivée au débriefing, tu avais en quelque sorte des objectifs ? Ou juste, c'était un peu comme ça ?
- Euh... Les objectifs, c'était par rapport, purement, au niveau médical. Euh... Parce que je savais que je serai regardé par (ECA-MSU) et de me dire, j'espère que je n'ai pas dit de bêtises au patient, parce qu'elle... Voilà...
Ce n'était pas par rapport à mon comportement.
- *D'accord.*
- Ouais. Ce n'est pas ça qui me faisait peur.
- *Qui te faisait peur ? Ok.*
- Non.
- *Et du coup, clairement, tes objectifs de progression, c'était du médical ?*
- Oui.
- *Et vos discussions qui ont découlé, du coup, c'est pareil, c'était du médical ? Est-ce que j'aurai dû faire si, prescrire tel traitement ou... ?*
- Non, parce qu'en fait, on n'a pas vraiment débriefé après. On n'a pas vraiment...
Et puis, il faut dire que la situation a fait que le visionnage des vidéos était vraiment à distance de la consultation elle-même. J'étais déjà en congé maternité. Alors que j'avais fait... Oui, ça faisait quasi un mois que j'étais partie du stage.
- *Et alors, pour toi, si tu avais dû améliorer cette expérience, ça se serait passé comment ?*
Parce que là, ça a été compliqué avec ton congé maternité.
Au mieux pour toi, ça aurait dû se passer comment pour t'aider plus ? Pour que ça soit plus utile ?
- L'entretien vidéo, pour que ça me soit plus bénéfique par rapport à...

- *Par exemple, après le rythme... Enfin, tout le déroulement de l'expérience à laquelle tu as participé.*
- Il aurait peut-être fallu que... Je ne sais pas si (ECA-MSU), a adhéré. Ce n'est pas du tout une critique...
- *Bien sûr.*
- Mais, je ne sais pas si (ECA-MSU) a adhéré, en fait, au projet. Et de ce fait-là, je ne sais pas si...
Soit ça l'a gêné aussi peut-être d'être juge de mes consultations et ça l'embêtait peut-être aussi de me reprendre.
Ou... C'était... Tu sais comment elle est (ECA-MSU), elle est quand même très très speed, etcetera... Elle est, voilà...
Et que... Elle ne s'intéressait peut-être pas forcément à ce projet-là, en fait.
- *D'accord.*
- Et se poser pour regarder des vidéos, ce n'était peut-être pas forcément ce qui la bottait le plus.
- *D'accord.*
- Je ne sais pas, tu vois, si par exemple.... (ECA-MSU), c'était le maître de stage, avec qui, il aurait fallu le faire.
Par exemple, on aurait pris (autre ECA-MSU), qui est beaucoup plus dans le moule... Voilà, de cette formation-là. Elle aurait sûrement beaucoup plus adhéré, et elle aurait été beaucoup plus analytique dans le visionnage des vidéos. Voilà.
Peut-être qu'aussi (ECA-MSU), c'est un ancien médecin. Tu vois, c'est un vieux médecin, qui a une certaine vision des consultations alors que, par exemple, (autre ECA-MSU), est beaucoup plus... Fait beaucoup plus attention à la relation médecin-patient que (ECA-MSU) peut le faire. Donc de ce fait-là, quand elle regardait les vidéos, (ECA-MSU) n'était peut-être pas forcément très attentive. Pas forcément attentive, mais tu vois elle n'adhérait pas forcément à la chose.
- *Pour toi, en tout cas, le rôle du maître de stage dans cette expérience est prépondérant ? Si, il n'adhère pas, sa façon d'utiliser l'outil va vraiment retentir ?*
- Oui.
- *Et la façon dont, toi, tu as eu d'utiliser l'outil toute seule sur la première série de consultations, où il n'y avait personne d'autre.*
Est-ce que, à ce moment-là, il y avait des... Est-ce que, déjà, ça t'apportait des choses ?

- C'est moins stressant, parce que... Sur la première partie, c'est moins stressant. Je pense qu'on est plus naturel, parce qu'on sait qu'il n'y a que nous qui regardons la consultation.
Après, je ne sais pas si, sur les six consultations d'après, j'ai changé quelque chose par rapport aux trois premières. Je ne pense pas. Je n'ai pas eu l'impression, que j'ai eu une évolution par rapport aux trois premières consultations.
- *Parce que ce n'était pas un outil adapté pour toi ?*
Ou parce que peut être, tu ne l'as pas assez pratiqué ?
Parce que les consultations ne s'y prêtaient pas ?
- Ou alors, peut-être que j'ai des défauts... En fait, je n'ai pas forcément, mis le doigt... Non, mais c'est en toute modestie, voilà.
Mais je n'ai pas forcément mis le doigt sur des défauts de comportement de ma part par rapport au patient.
- *D'accord.*
- Et qui auraient pu être corrigés.
Si moi je ne l'ai pas vu, (ECA-MSU), en tout cas, ne l'a pas vu non plus, parce qu'elle ne m'a rien dit.
- *D'accord.*
- Sur ma relation avec le patient, ce que je pourrai améliorer ou ne pas améliorer. Voilà. Je pense aussi que, (ECA-MSU) fait vraiment mes consultations au feeling... Quand elle a quelqu'un en face d'elle qui l'enquiquine, elle est assez franche, voilà. Elle est assez honnête.
Je ne sais pas si, elle, elle m'aurait dit : « Est-ce que t'aurai pu être un peu plus dans l'empathie ? Un peu plus... ». Je ne pense pas. Je ne pense pas que (ECA-MSU) aurait pu me le dire.
- *Ok. Et toi, il te manquait son regard extérieur là, pour avancer ?*
- Je pense. Oui, je pense que c'est plus une histoire de regard extérieur.
Parce que moi, je n'ai pas vu de fautes, ou d'erreurs particulières. Il y a des choses, forcément, on peut améliorer comme regarder un ordinateur, ça c'est purement... On le sait. Au moment où on regarde l'écran, on sait qu'on coupe la relation avec le patient et voilà... Mais, le sachant, je n'ai pas vu des choses que je ne savais pas...
- *Ça ne t'as rien apporté vraiment de spécifique, la vidéo ?*

- Voilà, c'est ça. Je n'ai pas mis un point, je n'ai pas mis le doigt sur quelque chose à me dire : « Là, j'aurai pu faire ça ». Voilà.
Et un regard extérieur, je pense que ça aurait... C'est la seule manière que j'aurai pu avoir pour me dire s'il y avait quelque chose qui n'allait pas.
- *Le fait d'être en niveau 1, pour toi, il t'a manqué un petit peu d'expérience, même si tu es plutôt à la fin du stage ?*
Ça a changé les choses à ton avis ?
Tu aurais été en SASPAS ou en début de niveau 1, ça aurait été différent ?
- J'aurai été en début de niveau 1, ça aurait été différent par rapport à mon expérience des consultations. Parce que, quand t'es...
L'internat uniquement à l'hôpital, c'est complètement différent, que de se retrouver toute seule dans une pièce avec une autre personne. Je pense que j'étais moins à l'aise au début de mon niveau 1 qu'à la fin de mon niveau 1, d'autant plus que, faire des remplacements cet été et que je me suis dit : « Il faut que je me mette en situation comme si j'étais en remplacement ». Voilà.
Mais après, le SASPAS, je ne sais pas. Est-ce que c'est plus une expérience médicale, que vraiment une expérience relationnelle ?
- *D'accord.*
- Je pense.
- *Tu l'as vécue comme une expérience plutôt médicale ?*
- Oui.
Voilà, c'est vraiment... Moi, vraiment, la chose qui me... C'était de faire une faute médicale et que mon praticien pouvait me dire... Enfin, mettre le doigt dessus, c'était pas tant mon comportement.
- *Ok. Donc ton objectif c'était le médical, dans l'utilisation de cet outil.*
- Oui. Parce que... Enfin, c'est aussi... Peut-être que, pour moi, dans un premier temps, le relationnel passe après le médical parce que je suis en formation.
Et que le relationnel s'acquiert avec l'expérience, avec le temps. Je pense qu'après 10ans d'expérience, tu mènes ta consultation différemment que quand tu es en début d'internat, en niveau 1. Voilà.
- *Bien sûr.*
- Parce que c'est... T'acquières une expérience.
Alors que le côté médical, c'est ce qui me faisait le plus stresser.

- *D'accord.*
Et ce stress, t'as appris un peu à l'apprivoiser avec cet outil ?
Ou ça a changé au fur et à mesure des consultations ?
Ou c'était toujours présent sur la durée, où tu as pu utiliser cet outil ?
- Euh... Non, j'ai toujours stressé. Quand en fait...
Quand c'est une pathologie simple, que tu as l'habitude de voir...
Mais, je te parle du côté médical, parce que c'est la chose vraiment voilà...
- *Parce que tu l'as vécue comme ça, bien sûr.*
- Oui. Quand c'est une pathologie simple, ou une pathologie que tu as déjà vue, que t'as déjà... Où tu as déjà eu une réflexion, ça ne pose pas de soucis. Dès que ça commence à devenir... C'est là où c'est stressant.
Et, on va vite, en fait en niveau 1, on va vite aller voir ses praticiens. On va vite aller voir ses praticiens pour enlever ce doute-là.
Le stress, je crois que c'est quand même difficile à apprivoiser. Ce stress-là, est en quand même difficile à apprivoiser.
Mais je pense que c'est aussi avec l'expérience, et aussi... Que tu... Que ça change et que t'arrives aussi à passer outre.
- *Par rapport à l'utilisation de l'outil, sur un plan purement technique, ça s'est bien passé ?*
- Oui. Oui.
- *Pas de soucis particuliers ?*
- Non, pas de soucis particuliers.
- *Ok. Tu as eu des retours de praticien aussi par rapport à ça ?*
- « Rires ».
Donc, il vaut mieux que l'interne sache s'en servir, parce que elle, elle ne sait pas s'en servir. Voilà.
- *Elle s'en remettait à toi un petit peu.*
- Oui, complètement.
- *Ok.*
- Complètement.

- *Par rapport à la grille, où tu m'as dit tout à l'heure qu'il y avait des items, par exemple, qui... Sur lesquels tu avais le sentiment, par exemple, de ne pas pouvoir progresser parce que techniquement...*
Tu as d'autres remarques à faire sur la grille en elle-même ? Telle que tu l'as lue ? Des incompréhensions ? Des facilités ou des difficultés d'utilisation ?
- Ben, il faudrait que je l'aie parce que je sais qu'il y a des items qui sont difficilement analysables avec les consultations.
Mais je n'ai pas la grille...
- *Moi, non plus, je ne l'ai pas amenée.*
- Je sais qu'il y a des choses, où je ne sais pas, sur...
Quand je répondais avec la grille, je ne savais pas si ça s'était passé pendant la consultation.
Il y avait des choses...
- *D'accord.*
C'est la compréhension de l'item ? Ou alors, c'est plutôt des items verbaux ou non verbaux, que tu as du mal à juger ?
C'était plus des difficultés de jugement ? Ou des difficultés de compréhension de la grille ?
- Des difficultés de jugement.
- *D'accord.*
- Oui.
- *Peut-être...*
- Et même, je sais qu'avec (ECA-MSU), on s'était fait la réflexion de se dire : « Euh, bon, ben, là on ne sait pas... ». Voilà, on ne sait pas. L'item, on ne sait pas si dans la consultation, on a pu répondre ou pas à l'item.
- *D'accord.*
- On ne savait pas.
- *Et ça dépendait des consultations ?*
Ou vraiment il y avait des items qui revenaient de façon récurrente.... ?
- Oui, il y a un item vraiment. Je ne me souviens plus duquel. De manière récurrente...
Voilà. Après, peut-être qu'aussi, il y avait des consultations qui ne s'y prêtaient pas.

Moi, j'ai fait beaucoup de... C'était la période des rhinopharyngites... Voilà. Peut-être qu'il y a des choses aussi... Je n'ai pas eu, par exemple, de consultations psy, où l'empathie... Voilà.

Quand tu as quelqu'un qui vient parce qu'il a mal à la gorge, l'empathie ce n'est pas quelque chose que t'abordes, de manière... Voilà.

Alors que quand t'as une consultation psy, tu peux faire appel à du relationnel qui est différent, que dans d'autres consultations.

- *Si tu avais des améliorations à apporter à l'outil, tel qu'on te l'a proposé nous, tu verrais... ?*
- Non, parce que ce n'est pas forcément... Pas d'amélioration particulière.
Peut être juste au niveau des items de la grille, où c'est difficile de répondre.
Mais le fait d'être filmé, et cetera, c'est quand même un des meilleurs moyens pour avoir un retour. En fait, pour se juger soi-même. Voilà.
Mais aussi, peut-être avoir, les personnes qui jugent derrière, le praticien. Pas qui juge, qui analyse. Pas qui juge mais qui analyse derrière, le praticien peut-être plus impliqué.
- *D'accord.*
- Mais ce n'est pas une critique du tout par rapport à (ECA-MSU).
- *Non, j'ai bien compris.*
- Ce n'est pas du tout une critique, mais je pense que ça ne l'intéressait pas plus que ça.
- *Tu m'as parlé de jugement juste à l'instant.
Tu t'es sentie en posture de jugée ?
Ou vraiment, t'as vécu l'outil comme un partenariat avec ton praticien ?*
- Non... Si, au début, tu as l'impression d'être jugée. Tu peux être jugée. Voilà.
- *Au début ?*
- Mais, toujours, mais c'est... Encore une fois, ce n'est pas un jugement au niveau du comportement... Je ne sais pas, je ne sais pas pourquoi, j'ai...
« Rires ».
Mais, plus de mes capacités médicales, voilà. C'est surtout ça.
- *D'accord.*
- Je ne sais pas, je n'ai pas... Ou alors, peut-être, que je n'ai pas forcément peur par rapport à mon comportement. Mais, plus par rapport à mes capacités médicales.

- *D'accord.*
Pour toi, tu l'as senti comme ça, dans une situation de jugement ? Pas au sens péjoratif, mais... Un regard...
- Oui. Oui.
- *Ok, très bien.*
Est-ce que tu as d'autres choses à apporter ? Ou que t'aurai voulu me parler et qu'on n'a pas pu aborder ? En vrac ?
- Non.
- *On a fait le tour ?*
- Oui.
- *Ok. Je te remercie beaucoup.*
- De rien.

Entretien 3^e Interne

- *Donc, on va commencer par une question un petit peu vague volontairement.
Est-ce que tu peux me parler de ton expérience avec l'utilisation de l'outil de supervision vidéo?*
- Oui...
Ça a été intéressant parce que ça permet de changer de point de vue... Enfin, c'est pas forcément évident de se rendre compte de... Déjà comment se déroule la consultation du point de vue du patient. Que nous, on est toujours de notre côté du bureau et que du coup, on fait les choses à notre façon et.... Et voilà. Et même quand on essaie de le remettre en question, c'est pas forcément évident de se mettre à la place de la personne en face et le fait d'avoir la caméra et le micro... C'est plus facile de passer de l'autre côté du bureau avec ça.
- *Ça t'apporte un regard extérieur ?*
- Voilà. Oui.
- *Ce regard extérieur, tu l'exploites comment ?*
- Tu veux dire dans.... ?
- *A quoi ça te sert ?*
- Qu'est-ce que ça m'a apporté... ?
- Oui.
- ... Ça permet de remettre en question différemment ce que... Tout, un peu tout... Toute la consultation. A savoir comment... Comment on se comporte, comment... Oui, comment on est par rapport au patient et... Et puis aussi... Oui de voir quand on est plus ou moins à l'aise et... Voilà, oui. Je ne sais pas comment dire mieux.
- *D'étudier ton comportement ?*
- Voilà oui.
- *Tu l'as utilisé comment cet outil ?*
- Je l'ai ?

- *Utilisé comment ?*
- Comme on m'a demandé.
« Rires »
Non, mais je vois pas bien ce que tu veux dire.
- *En fait, c'était volontairement assez flou. Par exemple, la grille, tu te l'ais approprié ? Tu...*
- ... Euh, oui... Oui. Enfin, je ne...
- *Par exemple, euh... En fait, je t'ai donné une grille à la fin de la première série de consultations qui t'as servi à revoir tes entretiens. Tu dirais que t'en ai servi de quelle façon ?*
- Ça permet de... Enfin, il y a deux choses en fait. Sur une première visualisation, avant d'avoir la grille... Enfin, c'est intéressant parce que du coup, ça permet de... Comme là, les questions ne sont pas orientées... De regarder ce qui va nous choquer et puis après la grille, ça permet d'aller chercher des choses dont on se serait... Auxquelles on aurait pas fait attention sans la grille.
- *D'accord. La grille. Tu t'es servi des items de la grille ?*
- Ben, oui. C'est des critères... Des critères qui auraient pas forcément étaient pris en compte si, ils n'étaient pas là. Enfin...
- *Et ça, de façon autonome ? Là, on parle vraiment de la première série de consultations?*
- Oui, oui.
- *Comment tu l'as vécu ?*
- Assez bien, je crois. Ce qu'il y a, c'est que... Il y a des patients avec qui ça passe bien et avec qui on s'entend... Enfin, voilà... Le motif est clair, on est relativement à l'aise avec le motif et ça passe bien avec le patient. Ben, là, il n'y a aucun... Ya aucun impact sur la consultation et après, peut-être que moi j'ai... Enfin, voilà, dans la mesure où ça peut être un motif avec lequel on est un peu moins à l'aise. Où je suis un peu moins à l'aise. Ben le fait de savoir qu'il y a la caméra, ça rajoute... Enfin c'est pas très agréable d'un côté, parce que, on sait qu'on est en train d'être filmé dans une situation où on n'est pas à l'aise. Donc ça... Ben voilà quoi. Quand c'est un motif avec lequel on est à l'aise, ça change rien. Et puis, je trouve que c'est moins bien quand la consultation est un peu compliquée et qu'en plus... Enfin, moi, j'ai eu du mal

avec ça dans la mesure où en plus je sais que je suis filmé et qu'en plus... Je suis pas... Je m'en sors pas brillamment.

- *C'est-à-dire en fait que pour toi, l'outil était plus intéressant sur une consultation entre guillemets « facile » ?*
- C'est même pas forcément plus intéressant, enfin... Si, oui, se serait plus objectif du coup, enfin... Plus représentatif. Plus représentatif parce que... Parce que oui, je pense que quand c'est une consultation avec laquelle je ne suis pas à l'aise, la caméra je pense que ça fait un... Une sorte, enfin... Il va y avoir un biais dans les résultats en quelque sorte. Parce que je trouve ça désagréable d'être filmé dans cette situation et du coup... Je pense que ça n'arrange rien.
- *C'est quelque chose qui a évolué avec les consultations ?*
- C'est paradoxal mais moi par exemple... Enfin les... La première série que j'ai enregistrée, c'était que des motifs plutôt simples et des patients plutôt sympas donc je trouvais que ça passait mieux que les suivantes. Enfin, ça ne s'est pas forcément amélioré en connaissant les critères et ce à quoi je devais faire attention. Parce que je pense que la plupart... Enfin... La caméra, elle va permettre de se rendre compte des choses. Maintenant, tout ce qui est... Enfin, sur une dizaine de consultations comme ça, je suis pas sûr que l'on puisse faire évoluer nos pratiques... Enfin notre comportement. Il y a... Ça évolue sûrement après, mais sur beaucoup plus de consultations et avec l'expérience aussi. Parce que c'est justement en étant à l'aise... Enfin avec l'expérience et en étant à l'aise, que être, se montrer rassurant avec le patient, se... Faire attention aux choses importantes tout en... Voilà, tout en rassurant, tout en étant à l'aise, quand c'est plus compliqué. De là, ben voilà... Quand c'est un motif auquel on est confronté pour la première fois, ben, même si on sait qu'il faut regarder le patient et qu'il faut... Ben, il vaut se concentrer sur rien oublier, quitte à être un peu plus dans l'ordinateur plutôt que... Enfin, voilà, on peut pas faire attention à tout, tout le temps.
- *Bien sûr.*
- Donc je pense qu'il vaut mieux faire attention aux choses importantes et puis... Mais donc, oui, ça c'est pas... Enfin, sur la dizaine de consultations, ça n'a pas évolué en fonction de... Enfin, j'ai pas eu plus l'impression de pouvoir faire plus attention la deuxième fois en connaissant les critères.
- *Ok. Tu m'as dit... Tu me dis faire attention. Les critères, c'est qu'en fait, tu t'es donné des objectifs ? En quelque sorte ?*
- Oui, enfin... Tu veux dire en prenant conscience de la grille ? Enfin en en ayant conscience ?

- *Voilà.*
- Ouais, oui, oui. Enfin, oui. Ben, à la fois oui, et à la fois c'est difficile à mettre en pratique je trouve. Pour les raisons sus-citées.
« Rires »
- *Ok. Donc finalement....*
- Mais après, peut-être que justement, dans ce cas, ça peut-être... Ça peut-être, effectivement, plus représentatif de travailler sur des consultations avec lesquelles on est à l'aise parce que... Ben, parce que on a le temps de faire attention à ces critères et puis de... Enfin, voilà... De les prendre en compte davantage que... Que quand c'est plus compliqué. Enfin...
- *Là, tu parles d'une complexité technique ?*
- Ouais, technique et puis même relationnel, enfin... Enfin, ouais, technique d'abord, parce qu'après relationnel, ça... Ouais, non, plutôt technique.
- *Ok. Donc du coup, cet outil, tu l'as vécu, plus comme quelque chose qui était là pour te faire progresser ? Tu l'as vécu comment ?*
- Euh... Ouais, oui, comme un... Un outil intéressant, pour... Enfin ce que je disais au début, pour avoir un regard extérieur et pour prendre conscience de certaines choses. Par exemple, j'ai remarqué que même en étant très à l'aise, il y avait... Ben, par exemple, je sais pas, des petits tics du langage, des choses que je répétais beaucoup et voilà. D'essayer d'y faire un peu plus attention. Quelque chose que j'aurai jamais remarqué en fait, parce que c'était une consultation sur laquelle j'étais vraiment à l'aise et donc je posais beaucoup de questions, et à chaque fois que le patient répondait, je lui disais d'accord.
« Rires »
Et que... Moi, enfin, c'est en regardant la vidéo que ça m'a choqué parce que c'était vraiment quasi-systématique et je ne m'en serai jamais rendu compte sinon. Mais par contre, si le patient... Peut-être qu'il ne s'en rendait pas plus compte que moi. Mais ça peut aussi l'agacer.
« Rires »
Si, il s'en rend compte, enfin... Voilà. Par exemple, ça m'a servi pour ça.
- *Ok. Donc là, tu parles d'une vision extérieure, c'est la tienne ? C'est celle de ton maître de stage ?*
- Non, la mienne.

- *La tienne.*
- Non, mais après le maître de stage c'est intéressant aussi, mais... Enfin, ça va être tout ce qui est relationnel finalement, entre... Le médecin et le patient... Enfin, tout le côté psychologie... Enfin, en visualisant avec les critères, on s'en rend compte plus ou moins. Maintenant...
Enfin je sais pas maintenant... Oui, plutôt mon point de vue.
- *C'est-à-dire qu'en fait, tu vas chercher... Disons : « Toi, tu vas te rendre compte de quoi ? ». Et avec, ton maître de stage, tu vas aller plutôt chercher quoi ?*
- Euh, moi... Euh...
- *Tu m'as parlé psychologie ?*
- Oui, ben, moi, je... Voilà, c'est ça, enfin... En fait, pendant la consultation, je vais avoir mon ressenti, je vais avoir l'impression que ça se passe plus ou moins bien. En regardant la vidéo, je... Ben, c'est tout le côté du langage corporel surtout. Et puis voilà, enfin... Langage corporel, et puis même échanges verbaux... Enfin...
Ouais, j'ai du mal à répondre là. Parce que... Ouais, je dirai que si ça passe plus ou moins bien avec le patient et qu'est-ce que moi je peux modifier dans mon attitude...
Et puis, ouais... Si. Le point de vue du maître de stage est sans doute intéressant là-dessus aussi. Pour mettre le doigt sur des choses dont je ne me rends pas forcément compte en regardant la vidéo, donc...
- *D'accord. Donc un apport...*
- Oui, un apport supplémentaire.
- *Du coup, cette supervision se passait comment avec ton maître de stage ? Ça se déroulait comment, tout simplement ?*
- Et, bien, on regardait la vidéo ensemble, et puis... Et puis, voilà. Et puis, on essayer de mettre le doigt sur des choses... Enfin, elle essayait de compléter les petits défauts qu'elle remarquait, et qui pouvaient être intéressants pour moi aussi.
- *D'accord. Donc, c'était vraiment, elle regardait la vidéo, elle pointait du doigt des difficultés ? Ça se passait comme ça ?*
- Oui, voilà.
- *Toi, t'arrivais au débriefing avec ta grille ? Ou simplement avec des choses en tête ?*

- Oui, non. On a discuté à l'oral. J'avais pas ma grille spécialement. Après, enfin... C'est vrai, que la grille, c'est un support, maintenant les points... Enfin, d'un côté, les points, ouais... Ouais, ben, par exemple, je parlais de ce type de langage... Enfin, voilà, je... Je l'énoncer verbalement. J'allais pas montrer que j'ai mis ça là, ça là... Non, non, on a juste échangé verbalement.
- *D'accord.*
T'as eu l'impression d'échanger plutôt verbalement sur ce qui t'intéressait en venant au débriefing ?
- Ouais, plutôt. Plutôt, oui.
- *Parce que vous étiez d'accord sur ces remarques ? Ou parce que toi, tu les as amenées avec toi ces remarques ?*
- Euh... Je pense qu'elle était d'accord.
- *Est-ce que tu juges que ces rétroactions avec ton maître de stage, t'ont apporté quelque chose en plus ?*
- Oui.
- *Dans quel sens, en fait ?*
- Ben... Qu'effectivement c'est un regard complémen... Supplémentaire en tout cas.
- *Est-ce que tu penses, que le fait de t'être vu avant, et puis aussi de revoir les choses avec le maître de stage... Toi, ça te rend plus réceptif ? A certaines choses ?*
- Par rapport à un visionnage seul ? Le fait de visionner avec le maître de stage ?
- *Par rapport à une remarque de ton maître de stage, dans le cadre d'une consultation, on va dire classique ? Hors supervision indirecte.*
- Oui, c'est intéressant, parce que c'est vrai que c'est hors de la consultation. Donc on peut parler librement. Enfin, la plupart du temps en consultation, il y a toujours le patient devant, donc on peut pas échanger... On peut pas du tout échanger sur comment la consultation est en train de se dérouler.
Là, c'est intéressant, parce que ça se fait, à distance, au calme. On peut prendre le temps qu'on veut. Et puis, voilà.
- *Le temps, c'est important dans le débriefing ? Dans la rétroaction avec le maître de stage ? Enfin, c'est un élément... ?*

- Oui, oui. Oui, à côté. Oui, c'est bien d'avoir le temps de discuter.
- *Toi, t'as eu assez le temps de discuter en tout cas quand tu débriefais ?*
- Ouais.
- *Techniquement, c'est un outil qui a été difficile à... ?*
- Techniquement, à utiliser ? Non.
- *Oui, voilà.*
- Non, non. C'est simple à mettre en place et à utiliser.
- *Donc, là, c'est la partie enregistrement. Il y a la partie grille aussi. Volontairement, je ne t'ai pas non plus beaucoup expliqué comment elle fonctionnait. Je t'ai donné des consignes simples.*
Du coup, ça a débouché sur... Enfin, t'as réussi à te l'approprier ?
- Oui, oui, je crois.
- *Tu l'as comprise ? Elle t'a aidé ?*
- Oui, oui. Globalement oui. Après, peut être... Enfin... Après j'imagine, c'est pour faire des études statistiques finalement ? Enfin, le fait que ce soit des réponses fermées comme ça ?
Enfin, c'est plus facile à exploiter ensuite ? Parce que... D'un côté, je sais pas, peut-être, ça serait pas mal d'avoir un champ à côté « remarques libres », justement pour... Mettre en avant des... Enfin, tu vois sur chaque consultation, qu'on puisse dire, là, il y a vraiment un point en particulier que j'ai remarqué, où...
Tu vois ce que je veux dire ?
- *Ça, t'aurais aimé que ce soit présent dans la grille en plus ?*
- Ouais, éventuellement. Pour pouvoir dire, ça m'a permis de me rendre compte que... Enfin, voilà, mettre des détails, un point précis pour... Eventuellement, je sais pas, s'il y a des trucs qui ressortent régulièrement, ça peut être intéressant.
- *A étudier, tu veux dire...*
« Rires »
Pour moi, en tant que personne extérieure ?
Mais toi, en tant qu'interne qui utilise l'outil, qui s'en sert ?

- Oui, non. Pour moi c'était intéressant dans ce sens après... Ya des réponses... Enfin, au-delà du fait de remplir la grille, c'est sûr que c'est intéressant d'avoir ce point de vue grâce à la vidéo.
- *Est-ce que t'as trouvé que ça t'as pris du temps ?*
- Non, pas spécialement. C'est pas très contraignant.
- *Par rapport à tout ce que tu m'as déjà dit, est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais rajouter ? Ou dont tu voulais me parler ?*
- Je crois pas, non, je crois pas. Comme ça, il n'y a rien qui me vient...
- *A l'esprit. Des remarques ? Des améliorations ? Tu m'as parlé de...*
- Ouais, je disais, peut-être mettre un petit... Un petit onglet « discussion » ou « remarques », pour chaque consultation, mais... Après, est-ce que ça peut être utile ? J'en sais rien.
Enfin, en tout cas, c'était intéressant d'avoir cet outil à disposition.
- *Ça t'a apporté des choses... On va dire, particulières ?*
- Ouais, ouais.
- *Qu'est-ce que tu mettrais en avant comme apport de l'outil ?*
- Une... Ce que je disais au début. Le fait d'avoir un regard extérieur sur son propre... Enfin, voilà, sur sa façon de gérer la consultation.
- *Et par rapport, à... Il y a des consultations que t'as moins bien vécues, tu m'as dit... Est-ce que ça, c'était vraiment un problème pour toi ? Est-ce que t'avais peur d'aller voir ton maître de stage avec ces consultations ?*
- Non, pas spécialement. Pas spécialement, parce que... Enfin... C'est la même chose... Enfin que ce soit avec la caméra ou pas, ça se passe...
Et puis, voilà, il arrive que ce soit en consultation, en supervision directe... Enfin, ils le savent...
« Rires »
Quand une consultation se passe pas forcément idéalement. Ils le voient quand on est en difficulté, que ce soit en direct ou en vidéo, ça change rien.
- *D'accord. Tu peux te reposer sur ton maître de stage ?*
- Ouais.

- *Ok. Bon je pense qu'on a fait le tour, à moins que t'aies des choses à me dire.*
- Non.
- *Je te remercie beaucoup.*

Entretien 4^e Interne

- *Est-ce que tu peux me parler tout simplement de ton expérience avec l'outil de supervision vidéo tel que tu l'utilisais ces derniers jours?*
- Oui. Alors, donc...
J'ai fait une première série d'enregistrements seule. Enfin sans... Sans que le maître de stage le voit. C'était pas très difficile de convaincre les patients de... De signer le consentement pour les prendre en vidéo.
Voilà, ça c'est plutôt bien passé. J'ai pas eu trop de... De problèmes avec la gestion de se sentir filmée.
C'était plutôt facile d'utilisation avec les consignes en images et écrites.
- *Donc techniquement ?*
- Techniquement, c'était assez simple et facile.
Avec le patient, c'était pareil. Finalement on oublie vite la caméra. Et eux aussi, j'avais l'impression, ils n'étaient pas juste fixé à la regarder tout le temps.
Voilà. Après, pour les revisionner...
Je parle de tout ça ?
- *Tu parles de tout ce dont tu as envie de me parler, après moi, je te réorienterai s'il y a besoin.*
- D'accord.
Pour les revisionner, pareil, c'était pas très compliqué.
Et, pour ensuite faire le débrief pour la deuxième série... Je trouve que le débrief avec le maître de stage était assez enrichissant. Finalement, elle, elle voit des choses que moi je n'avais pas forcément vu. Et inversement, je lui ai parlé de choses, qu'elle, elle n'avait pas forcément remarqué aussi.
Voilà. Avec les... Il y a aussi les grilles qu'on remplit. Alors, parfois c'était un peu difficile entre le « plutôt oui », « plutôt non » ou le « tout à fait ». Enfin, il y a une... J'avais des petites nuances finalement, que je ne savais pas trop où cocher la case. Mais dans l'ensemble, c'était pas très contraignant et assez facile. Et plutôt enrichissant avec le débriefing du maître de stage.
- *D'accord.*
L'utilisation de la grille, donc, du coup, tu l'as vu comment ?
Tu t'en es servi comment ?

- Comme un outil pour voir... Pour me voir finalement. Parce que... Il y a des choses que je n'ai pas forcément... Quand je me suis regardée, je ne pensais pas forcément à, par exemple, « Tiens, est-ce que j'ai fait le résumé ? » ou...
Enfin, il y avait des points plus précis au niveau de l'entretien avec le patient pour structurer un petit peu. Donc voilà.
Par une grille de support.
- *D'accord.*
Donc, t'as eu quelques difficultés pour arriver vraiment à « tout noter », entre guillemets sur les items ?
- Oui.
- *Plus sur certains sujets ?*
- Plus, au niveau de l'empathie parce que ça, c'est quand même plus difficile à jauger ou à évaluer.
Alors que, faire le résumé, enfin le diagnostic de situation. Ben, soit on l'a dit, soit on l'a pas dit, mais... Donc, c'est plus facile à évaluer.
Savoir si on a été assez empathique, si on a essayé d'écouter la demande du patient... On l'a laissé parler quand on pensait qu'il avait encore envie de parler. Ça, c'est... C'est plus subjectif et c'est plus difficile de le coter.
- *Donc, toi, personnellement, quand tu remplissais ta grille, t'avais du mal à tout noter sur ces items qui sont subjectifs ?*
- Oui.
- *Et alors, du coup, après, lors du débriefing, lors de la supervision ?*
- Euh, après... Alors ce qui est bizarre, c'est que voilà.
Ces items dont j'avais du mal à coter. Finalement (ECA-MSU), me disait, que c'était plutôt bon. Donc, c'est peut être aussi que j'avais du mal à me juger sur des choses positives et peut-être... C'est plus facile de se juger... Enfin de se dire qu'on est mauvais, que de se dire qu'on est bon... Enfin, pour moi en tout cas.
Euh... Mais oui. Je pense qu'elle a un autre regard aussi qui permet de voir ça. Nous, on est peut-être trop concentré sur ce qu'on dit, et... Et plutôt diagnostic thérapeutique que l'environnement et le ressenti, en fait.
- *D'accord.*
- Je pense.
- *Oui. Tout ce qui n'est pas verbalisé ?*

- Tout ce qui n'est pas verbalisé, c'est plus difficile à... Ouais, à évaluer.
- *Par rapport à ça, au cours des séries d'entretiens, t'as vu, toi, une évolution dans... ?*
- J'ai vu une évolution, oui. Mais c'était sur des consultations, comme, complètement... Complètement différentes.
Au début... J'ai fait deux consultations successives de certificat de sport chez des jeunes. Donc finalement, l'empathie, là... Est-ce qu'il y en avait beaucoup ? Probablement pas.
Alors que, sur la troisième consultation, c'était une dame qui venait pour un suivi de dépression et là c'est vrai que... La consultation était plus idéale. En tout cas, c'était beaucoup plus facile de... D'être dans l'empathie. Enfin, moi, c'est ce que j'ai... Ce que je ressens et ce que j'ai trouvé en me regardant.
- *Ça a été plus facile de t'évaluer sur l'empathie sur cette consultation ?*
- Oui. Sur cette consultation-là.
Sur des consultations, oui. Pour des certificats de sport, ou des pathologies plus aiguës, je pense que c'est plus compliqué.
Et un suivi psychologique, finalement. C'est peut-être là, où on voit qu'on est le plus... Qu'on doit l'être en tout cas.
- *Ok.*
Donc tu m'as dit que la vidéo, elle n'avait pas spécialement modifié ta façon d'être ?
- Non, je pensais au début. Enfin, avant de commencer, je pensais que ça allait me gêner et finalement on l'oublie vite, parce que... On voit pas... Enfin, il n'y a pas de micro devant nous, il n'y a pas de webcam... Finalement, on la voit pas et... Et c'est... Non, ça m'a pas gêné.
- *Ok.*
Dans ta façon de faire la rétroaction avec (ECA-MSU).
Alors, décris-moi un petit peu comment ça se passait, ce que vous faisiez.
- Donc, on repartait de chaque consultation.
Elle me disait un petit peu, comment elle avait trouvé la consultation en règle générale. Les plus... Enfin, les plus qu'elle... Et les moins que j'aurai dû faire et/ou dire.
Et ensuite, on revenait sur les points de la grille.
En disant : « Ben, voilà, au niveau de l'empathie : moi je t'ai trouvée plutôt comme ça. Peut-être que t'aurais dû poser une question plus ouverte ou... A un moment réorienter le patient, quand il te dit ça... ». Enfin voilà.

On est revenu sur la grille, et puis après, elle m'a posé des questions en me donnant des conseils. En tous cas, des petites clés pour essayer d'être mieux à la prochaine consult'.

Et ça, on l'a fait sur les trois consultations. Et ensuite, on a redébriefé en général, en globalité de... Sur ce que j'ai fait.

- *D'accord.*

Donc en fait, c'est elle, qui... Menait la danse d'une certaine façon, qui te... ?

- Oui, après, elle m'a posé la question de comment je me suis trouvée mais...

Je crois que ça venait... Enfin je ne sais plus dans quel ordre, elle m'a posé la question. Mais elle m'a demandé comment je m'étais sentie, et ce qu'elle... Est-ce que moi, je pensais avoir oublié des choses, ou fait des petites choses un petit peu... Pas négatives, mais... Voilà. Un peu moins appropriées finalement.

- *Ok.*

Est-ce que t'as le sentiment, donc du coup par rapport à ça, que de t'être vue avant, avoir ce... Enfin, avoir rempli la grille toutes les deux, ça change, ça changeais les choses ? Sur le contenu ? Sur ton vécu ?

- Sur le contenu du débrief ?

- *Oui.*

- Euh... Ça peut changer un petit peu, puisque de toute façon la grille, c'est le support. Donc c'est vrai que... Peut-être que sans la grille, on aurait parlé d'autres sujets et peut-être pas de certains...

Oui, c'est un support et du coup... Oui, on s'appuie sur la grille pour mener le débrief.

- *Donc, avant d'aller voir, tu faisais une première série, où tu t'es autoévaluée seule ?*

- Ouais.

- *Du coup, ça, tu l'as vécu comment, quel retour t'as par rapport à ça ?*

- Alors la première chose, c'est que c'est très bizarre de se voir en vidéo. Enfin c'est assez perturbant finalement.

C'est plus ça, qui m'a perturbée, que le fait de penser qu'on était filmé.

Hormis ça... Je pensais que c'était vraiment un exercice, donc du coup, je me suis appuyée de la grille et j'ai essayé de... De vraiment... De vraiment m'y appliquer finalement. Mais... Non je ne sais pas quoi dire de plus, par rapport à ça.

- *Donc, ouais. Tu t'es servi de la grille comme support pour voir cet enregistrement.*

- Ah oui. Les premiers en tout cas, oui, je me suis vraiment focalisée sur la grille.
- *Et par la suite du coup ?*
- Par la suite un peu moins finalement, puisque je savais que j'allais débriefer donc peut-être que je le voyais plus dans la globalité. Je me suis appuyée sur la grille effectivement pour la remplir mais... Et du coup, j'étais peut-être plus détendue à l'idée de me voir. Parce que je pense que... De se voir ça... Ça bouleverse...
- *C'est perturbant ?*
- C'est perturbant et ça bouleverse un petit peu l'image qu'on a et... Peut-être qu'au début... Enfin, les premières images vidéo je me focalisais sur des... Peut-être sur des mimiques ou des choses que je disais ou que je faisais et après, finalement, je me suis vraiment plus intéressée à la consultation d'une manière générale. Et au patient, mais sans focaliser sur... Sur moi.
- *Alors, du coup, sur ces premières grilles, t'as constaté qu'il y avait des items, où tu étais peut-être moins forte que d'autres ?*
- Oui.
- *Est-ce que ça a inclut... Enfin, ça t'as incité à faire des choses derrière ? A mettre en place... ?*
- Peut-être au niveau de la gestuelle et peut-être au niveau aussi de la... Donc, plutôt ce qui est communication non verbale et... Et je me suis rendue compte que, par exemple, tout ce qui est diagnostic de situation, résumé, ça, je le fais jamais. Mais... Enfin, c'est même pas moi qui m'en suis rendue compte, c'est Viviane qui me l'a dit donc. Après. Mais ça, moi je l'avais pas... Je l'avais pas remarqué dans mes trois premières vidéos.
- *Et, elle te l'a montré ? Elle te l'a dit, elle te l'a montré... ?*
- Elle me l'a dit mais effectivement, ça m'a tout de suite... Enfin... Ça m'a interpellée. De toute façon dans la grille, c'est vrai que je l'avais pas... J'avais mis « plutôt non ». Mais sans pour autant me dire... « Je l'ai pas fait, mais c'est pas très gr... »... Enfin, je l'ai pas fait quoi.
« Rires »
C'est plutôt non, mais j'ai pas essayé de rectifier le tir finalement.
J'ai essayé de rectifier le tir sur d'autres choses. Donc plutôt sur la communication non verbale. Ce qui m'avait... Paru le plus flagrant, le plus frappant quand je me suis regardée, mais...

C'est pour ça que c'est intéressant que quelqu'un d'autre le voit puisqu'on ne voit pas les mêmes choses.

- *D'accord, donc il y avait quand même un certain nombre de choses qui t'ont parlé et t'as essayé de corriger ?*
- Oui.
- *Celles qui te parlaient le plus ?*
- Oui.
- *Est-ce que du coup, ça faisait peut-être beaucoup d'objectifs de progression ? Ou pas ?*
- Ben, moi, je ne m'en étais pas fixé... Je ne m'en étais pas fixé des tonnes en fait. Je... Là, c'était vraiment sur... Sur la communication verbale et non verbale. Mais après le reste, ça n'en était pas.
Et ça en est devenu avec (ECA-MSU) quand elle a débriefé donc du coup, ça sera pour les prochains... Les prochaines consultations qui ne seront pas filmées mais... Des objectifs personnels.
- *D'accord.*
Et est-ce que tu penses que donc, du coup, l'apport de (MSU), c'était vraiment axé sur ces choses-là, ou vous avez pu discuter de tes objectifs ?
- Oh, on a discuté de tout. Enfin, on a discuté d'abord de ses objectifs, puisque c'est elle qui a... Qui a commencé la discussion, le débrief. Et puis, après, on a pu échanger l'une et l'autre. Donc...
- *Ok.*
Est-ce que tu peux me parler un petit peu du temps, du temps que ça prend ?
- De faire les enregistre... Enfin... ?
- *D'utiliser tout ça ?*
- D'utiliser tout ça ?
Oh, ben, finalement... Faire l'enregistrement, enfin...
Pendant la consultation, il faut juste annoncer au patient qu'on va... Le consentement donc ça... Ça prend pas très longtemps. Ça prend deux minutes, je pense. Et puis allumer la... Le dispositif.
Après ce qui est un peu plus long, c'est de se re... De revoir la vidéo. En général, c'est une quinzaine de minutes, je pense... Enfin la consultation. Un petit moins puisqu'on

coupe juste avant de partir. Et on n'a pas enregistré le moment où on se dit bonjour vu que, on explique pour le consentement.

Ça... Oui, de revoir les trois vidéos, le jour même, ben, ça prend... Ça prend 40 minutes avec la grille à noter.

- *Ok.*

Ça, c'était faisable ?

- C'était faisable, enfin...

Dans mon agenda de SASPAS, je... J'essayais de m'arranger pour avoir le temps. Pas de les regarder juste après, mais en fin de journée, tranquillement, sans me presser pour pouvoir remplir la grille aussi sereinement.

- *Ok. Est-ce que t'as des suggestions par rapport à tout ça ?*

- A part peut-être...

Moi, je n'ai fait que deux séries... Mais deux séries de trois vidéos, est-ce que c'est pas mieux de faire moins de vidéos dans la série et d'en faire un peu plus ? Mais je sais pas si...

Pour que ça prenne un peu moins de temps dans la journée et un petit peu plus souvent.

Enfin...

- *Tu penses que ça... ?*

- C'est une idée comme ça. Peut-être que ça sera... Finalement si ça prend moins de temps sur la journée, peut-être que, on aura... Ça sera moins contraignant de devoir refaire une série.

Parce que 40-45minutes, dans la journée, c'est vrai que... Parfois c'est... C'est pas faisable suivant l'agenda, on est obligé de reporter...

A part ça, le dispositif et assez simple d'utilisation. Les consentements aussi, c'est assez facile. Enfin... Moi j'ai eu un refus d'une personne, mais sinon tout le monde a accepté vraiment très rapidement. Parfois même sans que j'ai expliqué... En fait, j'ai dit que c'était pour une thèse et ils étaient assez contents.

Voilà.

- *Ok.*

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

Donc, tu m'as parlé des deux séries, du verbal et non-verbal, de la façon dont tu débriefais avec (ECA-MSU). Donc là-dessus, t'as rien de particulier à rajouter ?

- Non.

En tout cas, je pense que c'est vraiment important de pouvoir débriefier avec... Enfin que quelqu'un d'autre voit la vidéo. Pas pour juger, mais vraiment pour voir un petit

peu... Enfin avoir un deuxième regard. Parce que vraiment, on ne voit pas la même chose.

- *Donc la première fois, ça t'a apporté des choses ?*
- La première fois, aussi, déjà on se familiarise avec... Avec la vision que l'on a de soi. Et puis après, oui, de faire... Peut-être de débriefer aussi avec d'autres... Enfin, que le débrief soit fait avec une personne différente, chaque débrief.
- *Oui, pour avoir des regards...*
- Pour avoir des regards encore croisés, différents.
- *Et tu m'as dit, qu'à la première série, tu avais apprivoisé l'outil ?*
- Oui.
- *Tu penses que maintenant, tu ferais une série toute seule, ça serait différent ? Tu verrais des choses différentes ?*
- Que je ferai une série toute seule ?
- *Oui, maintenant.*
Si maintenant tu faisais une série.
- Ah, oui. Je pense que... Oui, il y a certains points que j'aborderai, que j'avais pas abordé, et...
Ah, oui, oui, ça m'a... Ça m'a permis de me rendre compte de certains points que moi je n'abordais pas et qui sont quand même utiles et importants.
- *Ok, très bien.*
Bon, ben à moins que tu aies quelque chose à rajouter, je pense qu'on va s'arrêter là.
- Non, c'est bon.

Entretien 5^e Interne

- *Est-ce que tu peux me parler de ton expérience avec l'outil de supervision vidéo ?*
- Stressant, initialement. Parce qu'on est filmé et qu'on se dit que ça va peut-être modifier notre façon de faire la consultation. Finalement, on oublie assez vite que l'on est filmé. Je pense qu'on est assez naturel.
Et puis, c'est instructif parce que... On se voit ensuite, donc, on... Le fait de se voir permet effectivement de bien s'évaluer. Enfin, de voir ce que l'on fait.
La grille... Bon, je n'ai pas trop l'habitude de l'utiliser. Je ne l'aime pas trop...
« Rires ».
Mais bon, finalement, on s'habitue à l'utiliser. Et puis on met en évidence des choses qu'on fait à chaque fois, d'autres choses qu'on ne fait pas du tout, ou peu.
Donc, je trouve que c'est un outil intéressant pour ça.
Et bon, voilà, c'est... Il faut se prêter au jeu au bien sûr.
- *Se prêter au jeu, c'est-à-dire ?*
- Ben, voilà. Faut... Il faut franchement oublier qu'il y a une caméra, parce que je pense que si on essaye de faire au mieux, parce qu'on se dit qu'on est filmé, ça peut fausser la chose.
Mais, en fait, on oublie facilement qu'il y a une caméra.
- *D'accord.*
- On oublie facilement, on est naturel et puis finalement, voilà. C'est... Je pense que c'est... Alors après la consultation en elle-même, moi c'est vrai que j'ai eu la chance de tomber sur des consultations intéressantes. C'est vrai que... Ça dépend, je pense aussi du type de consultation, mais... C'est un outil que je trouve intéressant.
- *Ok.*
Tu m'as dit, donc stress initialement.
Donc, qu'est-ce qui s'est passé ? Comment... ?
- Je n'aime pas être filmée, je n'aime pas être prise en photo, donc... Et je n'aime pas me regarder. Ça me... Voilà, ça m'angoisse en fait.
« Rires ».
- *Ton regard sur toi-même ?*
- Mon regard sur moi-même, voilà.
Et le regard que pourrait avoir mon maître de stage sur moi-même également.

Puis, en fait... Bon, c'est... On finit par se rendre compte que c'est bénéfique de pouvoir se regarder. Et voilà.

- *Quand tu dis bénéfique c'est-à-dire que... ?*
- Et ben, de... Qu'on peut se corriger, on peut... On peut en s'évaluant, prendre conscience de certaines... Certains problèmes ou certains... On prend conscience de ses points positifs, de ses points négatifs, et par là, on peut forcément s'améliorer.
- *Tu m'as dit, donc, qu'il y avait ton regard sur toi et le regard du maître de stage, sur toi aussi.*
Sachant qu'il y a une première série de consultations, où il n'y a que toi qui t'es vue.
- Oui.
- *Qu'est-ce que ça a donné ça ?*
- Ça a donné que je me suis dit que finalement, ça m'avait plus apporté qu'une deuxième personne ait un regard dessus.
- *D'accord.*
- C'est-à-dire que, on se juge parfois sévèrement. On ne se rend pas forcément compte... Même avec la grille sous les yeux, on laisse passer, enfin, certaines choses, et puis finalement, le maître de stage, après, est là pour nous dire : « Ben, non, ça tu le fais bien. ».
Et c'est vrai que, du coup, la première série, le fait de ne pas avoir le retour de mon maître de stage... Peut-être que l'évaluation est pas complètement... Voilà.
- *Optimale ?*
- Ouais. Parce que voilà, c'est...
Moi, par exemple, j'ai jamais mis « Tout à fait ». J'ai jamais mis « Tout à fait » dans ma grille, parce que, pour moi, on peut toujours faire mieux. Et... Alors que... Voilà, (ECA-MSU) m'a dit : « Tout à fait », à plusieurs reprises donc... Et le fait qu'elle me le fasse remarquer, ben... Voilà, c'est peut-être une bonne chose aussi.
C'est vrai, que, quand il n'y a pas de retour de maître de stage, on est un peu livré à soi-même. Finalement, on s'autoévalue certes, mais... Mais avoir un autre regard, je trouve que c'est....
- *C'est un apport supplémentaire ?*
- Ça enrichi. Ouais, ouais. Complètement.

- *(ECA-MSU), t'as fait remarquer. Donc, là, on parlait des « Tout à fait ». C'est-à-dire qu'elle t'a fait remarquer que...*
- J'ai mis une fois « Tout à fait », sur mes trois grilles.
« Rires ».
Et, elle, elle l'a mis à plusieurs reprises. Parce qu'elle trouvait que c'était très bien ce que je faisais. Et voilà... Moi, je ne peux pas mettre... Voilà. J'ai tendance peut-être à... A me sous-évaluer. Est-ce que c'est mon caractère, ou est-ce que c'est parce que, voilà... Je pense qu'on peut toujours mieux faire. Donc c'est vrai, que même quand je trouvais que c'était bien ce que je faisais, je mettais « Plutôt oui ». Mais jamais « Tout à fait ».
« Rires ».
- *D'accord.*
Donc, ça, finalement, c'est l'intérêt de la... Vraiment l'apport du maître de stage, en plus de ce que toi tu peux faire ?
- Oui.
- *Toi, tu...*
Le fait de te voir par rapport à cette appréhension que tu avais initialement, le fait de te voir toute seule, donc sans jugement extérieur, ça a changé la donne ?
- Par rapport à ? Tu veux dire ?
- *Où toi, toute seule, tu t'autoévalues ? Et quand tu sais que tu seras aussi évaluée par le maître de stage.*
- Oui.
Ben, euh, ça a changé la donne, non pas vraiment. C'est-à-dire que, au moment de l'enregistrement, voilà, j'ai fait comme si, je n'étais pas filmée. Par contre, c'est vrai que de savoir qu'elle allait regarder après les vidéos, oui, je me suis dit : « Bon, qu'est-ce qu'elle va en penser... ».
Alors que la première série, bon, on s'en fiche, quoi. Je me suis dit : « Je vais être toute seule à les regarder, c'est, c'est.... ». Voilà.
La deuxième, je me suis dit : « Zut, elle va avoir un œil dessus. Qu'est-ce qui va en ressortir ? ». Et finalement, ce qui en ressort, c'est plutôt du positif, en fait.
- *D'accord.*
- Ca fait prendre conscience aussi, finalement, que, ben, on n'est peut-être pas si nul que ça en communication, donc, euh....
« Rires ».
Et qu'il y a des choses qu'on fait bien, quoi.

- *Ok.*
Tu m'as dit s'évaluer, tu m'as dit se juger, c'est comme ça que tu vois l'outil ?
- Ben... Alors...
Moi, j'ai un regard qui est très très dur sur moi-même, donc... Donc, oui, moi je me juge, parfois durement, et... Mais voilà, je pense que je suis à la recherche de la perfection tout le temps, donc le fait de me dire : « Ben, tiens, ça je ne le fais pas du tout ». Ça peut que m'aider à m'améliorer, quelque part.
Mais... C'est peut-être pas la bonne vision que j'ai sur l'outil, mais peut-être mon moyen de fonctionner aussi, c'est-à-dire...
- *Pas de mauvaises visions...*
« Rires ».
Donc là, tu m'as parlé à la fois d'un sentiment de jugement, d'évaluation, puis à la fois d'une progression.
- Oui.
- *Tu l'as ressenti plutôt comment au final, tout ça, au cours de ces entretiens ?*
- Ben, de façon très positif. Puisque, même si au départ, on se dit : « Ca fait chier de remplir une grille, j'ai pas envie de voir ce que je fais, ça sert à rien. ».
Et puis, au final, après deux, trois, quatre consultations enregistrées, on met en évidence des choses. On se dit : « Ben, tiens, ça, oui, vraiment je le fais à chaque fois, c'est bien. Faut que je continue. C'est quelque chose qui est acquis, qui est bien. ».
Puis d'autres choses, on se dit : « Ben, il va falloir que je travaille dessus, parce je le fais pas assez ».
C'est vraiment ça. Enfin, moi, je l'ai ressenti comme ça.
C'est vraiment mettre en évidence des points sur lesquels on peut s'améliorer et qui sont à travailler par la suite.
- *Et donc, comment tu les as mis en évidence ces points, comment t'as pu le faire ?*
- Et, ben, je l'ai mis en évidence parce que ça ressortait sur mes grilles. Que c'était « Plutôt non » ou « Pas du tout », à chaque fois, pour les mêmes items de la grille.
Et c'est revenu, un peu de la même façon, avec (ECA-MSU).
Alors, par contre, il y a d'autres endroits, où moi, j'étais pas du tout contente de moi, et où, elle, elle l'était complètement, donc... C'est ça, qui... Bon, peut-être l'interprétation de la grille aussi.
- *L'interprétation de la grille ?*
- Oui.

Oui, parce que finalement, moi j'ai surtout cet exemple-là.

Dans « Structurer l'entrevue : faire un résumé à la fin de chaque sujet exploré », pour moi, je ne faisais pas du tout, jamais, et elle m'a fait remarquer dans la vidéo que finalement, quand je reformulais les problèmes des patients, en fait, je faisais ça.

Et moi, je n'avais pas mis ça en évidence.

- *D'accord.*
- Alors que peut-être si. Oui, effectivement. Elle avait peut-être raison. C'est vrai, je reformule à certains moments.
- *Elle t'a montré sur les entretiens...*
- Voilà, elle m'a fait prendre conscience que finalement, c'était pas si catastrophique que ça. Que je faisais plutôt...
- *Plutôt des bonnes choses.*
- Ouais.
Oui, oui, sur des choses où je m'étais jugée très négativement.
En fait, je n'avais peut-être pas... Enfin, l'objectif n'était pas compris de la même façon pour elle et pour moi.
- *Ça, tu parles de votre interprétation des consignes de la grille, en fait ?*
- Oui.
- *D'ailleurs, tu m'as dit que tu n'aimais pas la grille. Là, on parle de la grille de Calgary.*
- Non. Parce que je la connais cette grille.
- *Tu l'as déjà utilisée ?*
- Je l'ai déjà... Oui, je l'avais déjà vue, je l'avais déjà utilisée, et... Je sais pas. Je sais pas pourquoi, je ne l'aime pas.
« Rires ».
Je l'aime pas, mais bon c'est vrai que finalement. Finalement, voilà, c'est...
- *Tu l'aimes pas, mais...*
Alors, là, j'ai l'impression qu'elle t'a quand même apporté des choses ?
- Ben, oui, elle m'a apporté des choses, mais... Mais je sais pas, ça devait être un a priori. Cette grille, elle... Elle nous déshabille, en fait.

« Rires ».

Elle... Voilà, c'est vraiment notre façon d'être avec les gens et de mener un entretien médical. Et c'est vrai que... C'est... Bon.

- *Elle te déshabille c'est-à-dire, c'est ?*
- Ben, c'est-à-dire que, elle nous met à nu sur nos capacités à faire un entretien avec un patient. Vraiment, c'est un bout à l'autre de la consultation... Voilà, c'est ce qu'on fait, ce qu'on fait pas. Et pourtant, c'est vrai, qu'il faudrait qu'on fasse au maximum... Voilà.
- *Au mieux.*
Et donc, toi, tu l'avais déjà utilisée par le passé, là, tu l'as réutilisée, peut-être différemment ?
Ça s'est passé comment, par rapport à ton expérience d'utilisation de la grille ?
- Ben, ça remonte à très très loin, je crois.
Cette grille, c'était pendant mon externat que je l'ai vue la première fois. Je crois en stage qui est proposé, là, le nouveau stage avec les médecins généralistes. Et il me semble, que j'avais un peu travaillé dessus avec les... Un des maîtres de stage.
Mais à l'époque, on ne faisait pas de consultation seule. Donc, c'est vrai que, on peut commencer à voir certaines choses. Mais là, on est vraiment seul face au patient donc c'est l'utilisation optimale. Je pense qu'on ne peut pas utiliser cette grille, tant qu'on ne fait pas l'entretien de A à Z.
Et puis même, je dirai... Je dirai que ça peut être fait, effectivement, que pour des internes qui n'ont pas de maître de stage à côté, parce que... Parce que je pense qu'on n'est pas tout à fait pareil, qu'on a une personne à côté de soi.
- *La consultation est différente ?*
- Je pense oui.
- *Et t'arrivais, à l'utiliser, alors, comme ça, avant, juste par rapport à ton vécu de la relation, de l'entretien ?*
- L'utiliser, vraiment comme ça, non.
Je pense qu'on l'avait surtout survolée avec un maître de stage en essayant de voir, peut-être, à peu près où je me situais. Mais, enfin, c'est un souvenir qui est un peu flou et je ne l'avais pas utilisée comme ça, moi, vraiment. Enfin, je ne m'étais pas évaluée vraiment, on va dire.
- *Ok.*
Et là, alors il y avait la grille, tu l'as remplie face à la vidéo, cette grille.

- Oui.
- *Par rapport à ça, ça a peut-être changé la donne ?*
- Ben, c'est-à-dire que.... Je pense qu'on ne peut pas utiliser cette grille si, on ne regarde pas en vidéo, en fait. C'est pas possible.
C'est pas possible de remplir la grille après une consultation, en se disant : « Alors est-ce que j'ai fait ça ? Est-ce que j'ai fait ça ? Est-ce que j'ai fait ça ? ». Parce que, on est en entretien, on écoute le patient, on est dans une consultation. Et, on ne peut pas, à posteriori, s'évaluer en se disant : « Ah, ben oui, je crois que... Voilà ». Non, je pense qu'il faut vraiment se regarder, comme si on regardait une autre personne, en fait. Comme si on regardait... Voilà.
- *Et te regarder comme une autre personne, ça t'as pu le faire ?*
- Ben, euh... Oui et non.
C'est-à-dire qu'on se regarde... C'est-à-dire qu'on est dégagé du contexte de la consultation. C'est ça, qui permet de s'évaluer. On se regarde en tant que personne qui communique avec une autre. Et pas... Voilà, on n'est plus dans le... Vraiment dans l'entretien médical, à proprement parlé. Mais après on reste... On a un regard critique sur soi-même. C'est-à-dire, que voilà, c'est...
C'est une autre personne, oui et non. Ça reste nous, et ce qu'on fait. Mais c'est vrai, que le fait de se regarder en vidéo, ça permet vraiment de voir... Voilà, de voir tout ça, de façon détachée de...
- *Mais, tu m'as dit que (ECA-MSU) avait vu des choses que toi, tu n'avais pas vu, en fait ?*
- Oui. Enfin, oui...
- *Ou différemment ?*
- Différemment, en tout cas oui.
Différemment, et puis... C'est vrai qu'il y a un moment donné... Même en se regardant, il y a des choses qu'on ne perçoit pas tout de suite. Enfin, la façon d'interpréter la consultation, n'est pas forcément la même, non plus.
Je sais pas si... C'est un petit peu compliqué ce que je dis.
- *Si, si.*
- C'est-à-dire qu'à un moment donné, elle a pu critiquer une de mes réactions face à un patient... Que moi, sur le coup, je n'avais pas forcément critiqué de la même façon. Enfin, voilà quoi.

Sur le coup, moi, je trouvais ça peut être plutôt bien ce que j'avais fait, en réponse à l'angoisse du patient. Et puis, finalement, en n'en reparlant avec elle, oui, j'aurai pu faire autrement, en fait.

- *D'accord.*

- J'aurai pu... Voilà.

Après avoir vu, pourtant la vidéo plusieurs fois, mais...

Le fait, vraiment de la regarder avec le maître de stage, nous apporte plus encore.

- *Donc, là, tu me parles du regard avec ton maître de stage.*

Comment ça se passe vos séances de rétroaction ? Comment ça s'est passé ? Ça s'est déroulé ?

- Les débriefings avec ?

- *Oui.*

- Ben, c'est-à-dire qu'on a d'abord regardé la grille simplement toutes les deux, pour voir ce que l'on avait mis. On a noté à quels endroits, on était d'accord. A quels endroits, on n'était pas d'accord.

Et ensuite, on a regardé la vidéo. Et pendant la vidéo...

Alors, ça lui est même arrivé, elle, de changer un de ses... Elle avait mis « plutôt non », à un endroit où moi, j'avais mis « Plutôt oui ». Et en regardant ensemble la vidéo, elle m'a dit : « Non, mais c'est vrai, vous avez raison, on va mettre « Plutôt oui ». ».

- *D'accord.*

- Et moi, pareil.

A certains moments, j'ai pu changer de point de vue sur mon auto-évaluation, en fait.

- *Donc, c'était quelque chose de dynamique.*

- Ah, oui, complètement.

Complètement, puisqu'on a échangé pendant les... Avant et pendant le visionnage des vidéos.

- *Ok.*

Alors ce visionnage, il s'est articulé autour de, justement, des points de désaccord, des... Ça s'est passé comment la discussion ?

- Alors, c'est-à-dire que les, oui... C'est-à-dire que les points où on était d'accord, bon voilà, on était d'accord. Les points où on n'était pas d'accord, sont effectivement, les points où on a pu le plus échanger.
- *Ok.*
Et alors, donc t'es arrivée au débriefing avec des... Je suppose des... Tu m'as dit tout à l'heure, qu'il y avait des points où tu n'étais pas contente de toi.
- Oui.
- *Comment t'as pu échanger autour de ça ?*
- Euh... Et ben, finalement, ça m'a... C'est ce dont je parlais tout à l'heure, là, « Structurer l'entretien », où pour moi, je faisais pas vraiment de résumé à la fin de l'entretien initial.
Et elle, elle voyait les choses différemment, et donc, elle... En fait, elle m'a exposé ses arguments. Elle m'a dit : « Ben, moi, je vois ça plutôt comme ça. Et si on voit ça comme ça, vous le faites. Enfin, vous faites des... Vous reformulez ce que dit le patient, donc euh... ». Donc finalement, voilà, je m'étais vraiment auto-flagellée.
« Rires ».
Je mettais « Pas du tout » à chaque fois, et puis, elle n'était vraiment pas d'accord avec ça et elle trouvait que, non, au contraire en reformulant les problématiques du patient et en essayant de lui montrer qu'on avait compris, ça pouvait structurer l'entretien, en fait.
- *Ok.*
- Et voilà, peut-être que c'était un problème de compréhension de l'objectif.
- *Bon, dans tous les cas, vous avez pu échanger autour.*
C'est-à-dire que, toi, t'es arrivée au débriefing avec des objectifs, quoi, en fait ? Avec des demandes ?
- Ben, c'est-à-dire que j'attendais de confronter mon avis au sien, effectivement.
Et... Ben, je pense que c'est... Oui. Je sais pas trop quoi te dire, c'est...
« Rires ».
Des objectifs, je sais pas. C'est-à-dire que, je savais qu'on pourrait échanger là-dessus, parce que, il y a toujours matière à échanger. Et... Mais qu'il y ait parfois des aussi gros désaccords entre nous, effectivement, ça nous a permis vraiment de... Ben, de voir ces points-là, en particulier, dans les consultations, dans les vidéos, et de pointer ce qui n'allait pas et ce qui allait bien.
- *D'accord.*

Alors, tu m'avais parlé tout à l'heure, de l'appréhension que tu pouvais avoir à te voir toi-même, mais aussi à être vue par ton maître de stage.

Alors, du coup, est-ce que tu t'es vraiment sentie mise en difficulté par ça, lorsque t'as débrié ?

- Ben, non. Au final, non. Non, non.

- *D'accord.*

- Non, non. Parce que, en fait, elle...

Comme on voyait les grilles avant, finalement... Je me suis rendue compte qu'elle trouvait que je travaillais plutôt bien et qu'au niveau communication, c'était bien ce que je faisais avec les patients. Donc finalement, elle m'a mise en confiance, et le... Bon, il y avait des petits points qu'il fallait qu'on voit, vu qu'on n'était pas d'accord, mais... Mais voilà, je me disais : « Bon, ben, finalement, c'est pas catastrophique ce que je fais. Voilà, on va regarder ensemble, et puis ça va bien se passer, quoi. »

- *Ok.*

- Donc, non, non, finalement, pas d'appréhension au moment de regarder les vidéos.

- *Très bien.*

Est-ce que... Tu t'es servie de l'outil à plusieurs reprises maintenant, techniquement, ça s'est passé comment ?

Techniquement, c'est-à-dire, est-ce que t'as été mise en difficulté par le matériel ?

- « Rires ».

Oui, un petit peu hier, quand on a voulu rallumer. Mais, non pas grand-chose, j'avais juste oublié d'allumer la télé.

« Rires ».

Mais c'est tout. Non, non, sinon très simple d'utilisation.

- *Ok.*

Après, par contre, effectivement, tu m'as dit qu'au niveau de la grille, vous ne l'aviez peut-être pas toujours vue de la même façon, il y a peut-être des choses que tu avais interprétées différemment.

- Oui.

- *Est-ce que par rapport à ça, tu vois des améliorations possibles ?*

- Ben... Cette grille, elle n'est pas d'hier. Enfin, je sais... Je suis pas sûre qu'on puisse changer la grille, enfin.

- *On peut faire ce qu'on veut...*
« Rires ».
- On fait ce qu'on veut ?
Non mais... Je sais pas, c'est peut-être... Je sais pas. Enfin, tout est clair pourtant, mais... C'est vrai que pour moi, j'ai fait un résumé à la fin de chaque sujet exploré, c'était dans ma tête...
Au moment, où on va examiner le patient, c'était de lui dire : « Bon, si j'ai bien compris, vous venez me voir pour tel et tel truc. ». Voilà. Et finalement, moi, je faisais la même chose mais de façon plus déstructurée. C'est-à-dire qu'à un moment donné, j'allais lui dire : « Donc, si je comprends... ». Euh... Voilà, je reformulais ce que disait le patient à plusieurs reprises, voilà. Et du coup, il y avait un décalage entre ce que moi, je pensais ne pas faire, et ce, qu'en fait, je faisais de façon plus déstructurée, mais...
- *D'accord.*
- Je ne sais pas si ça a vraiment une importance...
- *Là, en fait, t'as cité l'exemple qu'on a donné dans la grille. Euh... Tu t'es basée dessus pour interpréter ta façon de faire ?*
- Oui.
- *Ok.*
Alors, peut-être que nos exemples n'étaient pas assez clairs ou précis ?
- Ben, là, il n'y a pas vraiment d'exemples.
- *Ouais. Enfin, ça dépend des items effectivement.*
- Ouais.
Parce que là, non. Là, c'est très clair. Questions ouvertes et questions fermées, à moins de ne pas savoir ce que c'est, mais à priori si.
Euh, non. Là, il y a des exemples, mais...
C'est celui-là, moi, qui m'a... Les autres non.
C'est vraiment celui-ci qui m'a posé problème, et pour lequel, je me suis mal évaluée à chaque fois.
- *Ok.*
- Verbal, non verbal...
Non, non, pas de soucis sinon.

- *Donc, par rapport à la grille, pas grand-chose à revoir ?*
- Non, non. Elle est bien. Non, non, elle est quand même explicite.
- *Et par rapport au reste ?*
La grille, ce n'est qu'une partie de l'outil. Il y a aussi la vidéo, il y a tout un tas de choses, est-ce que t'as vu des difficultés ? Des améliorations ? Des suggestions ?
- Non.
 L'enregistrement fait une voix très désagréable, mais...
 « Rires ».
 Je pense que c'est... C'est un petit point qui n'est pas très...
- *Ça n'a pas nui à ta compréhension ?*
- Non.
 Non, non, non.
 Sinon, non, non, il n'y a pas de soucis avec l'outil.
- *Ok.*
- Non, c'est très simple d'utilisation. C'est clair. C'est...
- *C'est limpide.*
 « Rires ».
- C'est limpide, ouais.
- *Si j'ai bien compris dans ce que tu m'as dit, ça vous a quand même pris du temps de débriefer autour de ces consultations, qui n'étaient peut-être pas, des consultations, en plus, simples.*
- Non.
- *Ça, c'est... Ça a été instructif ? Ça a été contraignant ?*
- Ah, ben, non. D'autant plus intéressant, je trouve.
 Quand la consultation est compliquée, que... En plus, j'ai eu la chance entre guillemets de faire une consultation avec un enfant qui avait sa mère, donc... Voilà, la relation est encore différente quand il y a une tierce personne. En plus, à un moment donné, je suis sortie de la pièce, ça a continué à filmer, ils ont échangé entre eux. C'est... Bon...
 « Rires ».
 Ça, c'est intéressant aussi, mais...

Mais non, le fait que ce soit des... La communication, de toute façon, voilà, quel que soit le motif de consultation, c'est une compétence qui revient à chaque fois, on est obligé, on communique avec le patient, c'est évident.

Mais, c'est vrai que le fait que la consultation soit longue et... Ça nous a permis de voir peut-être des choses. Voilà.

Le fait que les consultations soient compliquées, c'est vrai qu'il y a eu des choses, je pense, qui n'auraient pas été dans une consultation, voilà, pour un petit rhume ou pour un certificat de sport, quoi.

- *Ok.*

Et alors, du coup, tu m'as parlé des patients. Ils avaient continué à échanger, et cetera.

T'as l'impression que, dans ce contexte de la vidéo, ça a pu influencer sur eux aussi ?

- Non. Non, non.

Parce que je pense qu'à ce moment-là, ils ont oublié un peu qu'ils étaient filmés.

Ouais, parce que...

« Rires ».

Ils ont pas du tout, dit de choses négatives, mais ils se sont exprimés...

Donc la maman et son fils... En fait, ça m'a fait prendre conscience, en fait, à quel point ce gamin pouvait être angoissé par ce qui lui arrivait, et c'est quelque chose, que je n'avais pas forcément bien saisi, moi, au moment de la consultation.

- *D'accord.*

- Et c'est vrai que... Ben, peut-être qu'à ce moment-là, quand je suis partie, j'ai avancé... Moi, quand je me suis évaluée, j'ai avancé. J'ai fait avance rapide, puisque je n'étais plus là, et donc il n'y avait plus de communication, et c'est (MSU), qui m'a fait remarquer hier : « Vous avez entendu ce qu'ils ont dit quand vous étiez partie ? ». Et j'ai fait : « Ben, non. ».

- *D'accord.*

- Et voilà, en fait, il s'était passé quelque chose.

« Rires ».

- *Il s'est passé des choses ?*

- Ouais.

- *Ok.*

Donc, dans ce que tu m'as dit, j'ai retenu que c'était intéressant d'avoir différents types de consultation. C'est ce que tu m'as dit tout à l'heure, pour avancer.

Du coup, par rapport à notre protocole d'enregistrement, peut-être qu'on t'a pas fait assez faire de consultations ? Ou, t'as eu de la chance, t'as eu des consultations compliquées ? Tu verrais ça comment ?

- Euh, je dirai...

Que, oui, j'ai eu de la chance de tomber sur des...

Ben, une première consultation, par exemple, où je ne connaissais pas du tout le dossier, et où le monsieur était très peu expressif, parlait très peu, et où, là, c'est vrai que, ben, ça a été un peu dur parce que j'étais obligée de regarder l'ordinateur pour comprendre le dossier, pour... Le monsieur ne parlait pas, donc j'essayais... Voilà, à ce moment-là, justement de comprendre le dossier avec lui, en échangeant sur les informations que j'avais...

Donc ça, quand ils arrivent et qu'ils me disent : « J'ai mal à la gorge et je tousse », bon, ben, il n'y a pas... Voilà, c'est... Ça se passe différemment, quoi. Donc, euh...

Après, est-ce qu'il faudrait choisir les consultations qu'on enregistre... ? Je sais pas.

Je pense que toute consultation peut être intéressante, mais... Voilà, quand il y a des difficultés qui se surajoutent, je pense qu'on peut mettre en évidence d'autres choses.

- Ok.

Et donc, tu penses que si l'outil se généralisait, on devrait l'utiliser comment ?

T'as des idées de... ?

- Je pense que...

Il faudrait peut-être enregistrer plus de consultations.

Je pense que, enregistrer un maximum de consultations, et puis pour voir après, sur tel type de consultation, comment on est, et sur tel type de consultation, comment on est. Enfin, voilà.

Peut-être en fonction du type de consultations.

- *Pour sélectionner, en quelque sorte à posteriori ?*

- Voilà.

Après se dire, bon, là, par exemple, c'était un certificat de sport, se dire : « Quelles peuvent être les difficultés qu'on a pour une consultation comme ça ? ».

Et une consultation beaucoup plus compliquée avec un dossier super complexe...

Parce que, forcément, on ne réagit pas de la même façon, face au patient.

Moi, le premier dossier, je ne le connaissais pas, j'étais un peu paniquée. J'étais un peu paniquée... Bon c'est vrai, beaucoup sur mon ordi, mais parce que, voilà. Parce que j'ai pas eu le choix à ce moment-là, donc... Voilà.

C'est vrai que c'est... Je pense qu'on peut mettre en évidence des choses différentes, en fonction du motif de consultation.

Enfin, je pense.

- Ok.

- Ce n'est que mon avis.
- *Donc toi, tu te sentiras d'attaque, voilà, à faire de nombreuses consultations filmées comme ça ?*
- Après oui, il faut être motivée, il faut vraiment avoir envie de se... De se perfectionner en communication.
Oui, ça peut être intéressant.
- *Là, tu m'as parlé que des compétences en communication ?*
- Oui relation, ou communication.
- *C'est vraiment plus... ?*
- Oui, relation, oui, oui.
- *C'est comme ça, que tu vois l'intérêt de l'outil, en tous les cas ?*
- Ben, euh...
Pour moi, cet outil, c'est quand même la relation... C'est la relation.
C'est pas... On va pas évaluer si on a fait le bon diagnostic ou...
On est d'accord, c'est quand même... Voilà, c'est l'empathie, c'est la communication des informations avec le patient, c'est...
Oui, oui, c'est vraiment... C'est la base pour moi, la communication.
- *Ok.*
- Parce que, si on ne sait pas communiquer, je pense qu'il ne faut pas faire ce métier.
« Rires ».
- *Très, très bien.*
- Est-ce que t'as d'autres choses, sur lesquelles je ne t'ai peut-être pas relancée, que tu voulais évoquer?
- *Je pense qu'on a évoqué pas mal de choses.*
- Ok, très bien.
Je te remercie beaucoup.
- *De rien. Je t'en prie.*

Entretien 6^e Interne

- *Alors, parle-moi de ton expérience dans l'utilisation de la vidéo ?*
- Donc, sur les trois consultations, ce que je retiens, c'est que...
De base, je ne suis pas très à l'aise quand il y a une vidéo. Plutôt, au départ de la consultation, après c'est vrai que ça diminue... Le mal à l'aise diminue au fur et à mesure de la consultation. Après, ça reste toujours en tête qu'il y a un œil qui regarde la consultation.
Bon, par rapport au patient, il n'y a pas de... Je n'ai jamais rencontré de difficultés par rapport à ça.
- *Ok.*
- Sinon après, par rapport à la vision de la vidéo...
Je vais faire une pause là.
« Rires ».
Qu'est-ce que je veux dire ?
On voit tous les petits défauts, enfin les tics que l'on peut avoir lors des mouvements, les gestes, après c'est vrai que l'on voit quand même...
Enfin, c'est avec la discussion surtout avec le maître de stage, que j'ai perçu mon...
Le... Le langage non verbal.
Il m'a fait mieux remarquer... Il m'a fait remarquer, un peu plus, mes attitudes bonnes ou mauvaises. Et, ça permet aussi d'analyser le langage, que j'utilise pendant la...
Pendant l'entretien, à savoir, les reformulations ou pas. Donc... Pour ma part, je voyais que je n'en faisais pas suffisamment.
- *Pas suffisamment de reformulation ?*
- Ouais.
Bon, après j'ai fait qu'une session de trois vidéos, donc j'ai pas... J'ai pas refilmé après, essayé de reformuler davantage.
- *D'accord.*
- Ça je l'ai pas fait.
Je l'ai fait après en consultation, par la suite. Mais ce n'était pas filmé.
- *C'est-à-dire que dans ta première série, en fait, c'est quelque chose que tu n'avais pas remarqué ?*
- Non.

- *D'accord.*
Tu m'as dit que tu n'étais pas à l'aise au début.
Tu veux... ?
- Ben, c'est juste l'impression d'avoir quelqu'un qui regarde alors que je sais, que c'est moi qui vais regarder la caméra.
Enfin, là, dans ce cadre, il y a quand même une autre personne qui regarde, c'est le maître de... Enfin, il y a le maître de stage, donc... Il y a quand même la notion de... C'est comme si c'était une évaluation dans ma tête, un devoir, un oral, quelque chose. Donc ça, ça reste dans la tête. Mais après... C'est vrai que c'est quand même bénéfique une fois qu'on en discute.
- *D'accord.*
Donc, là, tu parles de l'évaluation de ton maître de stage ?
- Oui.
- *Parce que t'as fait une première série, où tu t'es revu. Enfin, il n'y a que toi, qui t'es revu.*
- La première série, oui, tout seul.
Enfin, il y a quand même un stress du fait de la caméra.
- *Un stress ?*
- Ben, c'est que...
Enfin, pour moi, dans la consultation, il n'y a que moi et le patient, il n'y a pas de troisième intervenant.
- *D'accord.*
- C'est l'élément perturbateur pour moi.
- *Extérieur ?*
- Ouais.
- *Y compris, quand il n'y a que toi, qui va te revoir ?*
- Ouais.
- *Ok.*
Et après, tu m'as dit, ça a diminué.

- On l'oublie un petit peu au cours de la consultation, mais... Après ça reste toujours là, quoi. Voilà, on sait qu'il y a toujours ça qui est là.
- *Ok.*
Tu m'as parlé de l'utilisation de la vidéo ?
- Seul, je...
Enfin seul, je voyais certains défauts ou qualités de mes consultations.
Mais c'est vraiment avec le maître de stage que j'ai plus analysé les choses.
- *D'accord.*
- Il fallait l'œil de quelqu'un d'autre, pour me montrer un peu plus mes attitudes.
- *Sur les attitudes en particulier ?*
- Ouais.
- *Quand, tu t'es revu, donc tu t'es servi de la grille.*
- Oui.
- *Parles m'en un petit peu.*
- Euh...
Moi, ce que j'ai le plus retenu, c'est que par rapport à l'évaluation sur la synthèse au cours de la consultation, ça je... Moi je ne le faisais pas... Pas de façon systématique.
Presque pas, sur les consultations que j'ai faites.
Donc, c'est pas par rapport au langage verbal, non verbal, ça, j'essaie d'y faire attention.
Euh... Sinon je ne me rappelle plus ce qu'il y avait d'autres en critères de... Euh, qu'est-ce qu'il y avait d'autres ? Je me rappelle plus.
- *En tout cas, il y a ce critère-là, donc la synthèse, où t'as vu, t'as pu voir toi-même... ?*
- Que je ne le faisais pas systématiquement, ouais.
- *Mais alors, du coup, ça a débouché sur quoi ce constat ?*
- Euh...
Je l'ai fait...
Enfin, dans le cadre de consultations filmées, j'avais pas ce problème de complexité dans le diagnostic ou la démarche médicale. Donc j'ai pas eu... Je ne me sentais pas le

besoin de refaire la synthèse. Après, de temps en temps, je sais que je suis amené à le faire.

- *D'accord.*

Depuis cette expérience en fait ?

- Euh...

Dans les situations complexes, ça m'est arrivé une fois ou deux mais pas... C'est rare quand même.

Donc, ça peut m'arriver d'avoir à le faire.

- *Ok.*

- Après pour le langage non verbal, ça, j'y fais attention. La position des mains, j'y fais attention.

Voilà, ça c'est après l'entretien avec le maître de stage.

- *D'accord.*

Donc, en fait, il t'a montré des choses ?

- Voilà, des choses à éviter de faire que...

Ça, j'essaie de ne plus faire.

- *D'accord.*

Et alors ?

- Ben, j'ai l'impression que ça se passe bien.

« Rires ».

- *Ça fonctionne ?*

- Ça fonctionne.

Surtout la reformulation. Ça je l'ai refait et... C'était bénéfique, quoi.

- *Il t'a parlé de la reformulation...*

- Oui.

- *Parce que... ?*

- Parce que... Dans une des consultations, on...

Il y avait une sorte de langage de sourd entre moi et la patiente, alors, il m'avait dit :
« Mais pourquoi tu ne reformules pas pour dire clairement les choses ? ».

Et, j'ai été confronté à une situation à peu près similaire en remplacement, et j'ai dit vraiment les choses, et la patiente... Ben, en fait, la patiente a compris. Et en fait, ça a débloqué la situation.

- *D'accord.*

- Donc, euh...

Ça, c'était bénéfique.

- *Donc là, t'as vu concrètement un apport... ?*

- Ça par rapport à ça ?

Oui, oui. Ça c'était...

- *Ok.*

Ben, c'est très bien.

Quand t'as discuté, du coup, parce que là, tu me parles du débriefing et des retours que t'a donné ton maître de stage, ça se passait comment ?

- Euh...

On regardait l'entretien, on appuyait sur pause régulièrement et puis on analysait les...

Ou ce que je venais de dire ou les attitudes que j'avais au moment de la consultation.

- *D'accord.*

- Il me faisait : « Regardes la position de tes mains, comment tu es positionné face au patient et cetera. ». Et voilà.

Il me disait : « Oui, c'est bien, t'es en face du patient, tu l'écoutes. ». Ou alors : « Tu as la main sur la souris de l'ordinateur, t'es pas vraiment en face du... ».

« Rires ».

« On voit que tu es là, mais pas totalement. »

- *D'accord.*

Ça, c'est des choses que tu avais vu ?

- Je l'avais pas remarqué ça.

Enfin, certaines positions, oui, mais pas dans la totalité.

- *Ok.*

Et donc, du coup, tu m'as parlé tout à l'heure, que t'avais peur d'un jugement, d'une évaluation, tu le ressentais... Verdict, à posteriori ?

- Non, c'était plutôt...

Enfin, il n'y avait pas de mauvais jugement. C'était plus dans le sens de me faire progresser. Mais il n'y a pas de mauvais retour.

Donc c'est vrai que c'est un stress qui, finalement, n'a pas lieu d'être.

- *D'accord.*

Donc tu t'es pas senti...

- Mal jugé ? Non.

- *Mal jugé. Voilà.*

Donc c'est une démarche...

- A posteriori...

Je pense qu'après plusieurs essais, on s'habitue davantage.

C'est que, bon, une première fois, c'est vrai que c'est toujours un peu stressant.

- *Au début, c'est stressant ?*

- Voilà.

- *Et donc, du coup, là, si tu devais refaire des entretiens ?*

- Je pense que ça se passerait mieux.

Mais il y a quand même toujours un petit stress qui est là.

- *D'accord.*

- Pour ma part en tout cas.

- *Quand tu me dis que ça se passerait mieux, tu parles de l'entretien, tu parles du débriefing ?*

- Non, par rapport au stress dans les consultations. C'est plus ça qui me gêne.

Après, le débriefing, non, ça me... Ca s'était bien passé. Donc, par rapport à ça, je suis plutôt satisfait.

- *D'accord.*

Tu t'es senti stressé dans les consultations ?

- Oui, pas à l'aise à cause de... L'impression qu'il y a une personne qui regarde et l'impression qu'on me juge.

- *D'accord.*

Et alors, t'as l'impression que ça a modifié le déroulement de la consultation ça ?

- Non, parce qu'au final, j'arrive toujours à faire ce que je veux, après... J'essaie toujours que ce soit « parfait » entre guillemets, en tout cas.
Voilà, donc là, il y a une petite gêne.
- *Une gêne, mais... ?*
- Mais, au final, j'arrive à faire ma consultation.
- *Ok.*
Tu m'as dit, tout à l'heure, qu'il y avait quand même des choses que t'avais remarqué quand toi, tu t'es autoévalué la première fois.
Et, t'as pu en discuter, de ça, avec ton maître de stage ?
- Euh... Les choses que j'avais remarquées ?
- *Oui.*
- Euh... Oui, on en a parlé. Après, c'était sur... Quand c'était sur le langage non verbal, mais...
On a rediscuté ensemble, après, on a plus approfondi les choses avec le maître de stage.
- *D'accord.*
- Donc... Voilà, c'est par rapport à la synthèse comme je disais, donc c'est quelque chose que je ne fais pas souvent.
Après le langage non verbal, c'est vrai...
Bon, je discutais avec lui, de ce que je voyais en positif ou non. Mais après, c'est vraiment avec lui que j'ai pu améliorer l'analyse de mes consultations.
- *D'accord.*
Donc t'as l'impression qu'il te manquait quelque chose, toi, tout seul ?
- *Oui.*
- *Et alors, du coup, t'as l'impression vraiment que ce débriefing, il a été porteur ? Il a été dirigé comment ?*
- Je pense que c'était important.
Enfin, pour ma part, je trouvais ça important, qu'il y ait quand même le maître de stage qui soit là. Voilà, l'analyse était plus poussée.
Après c'est vrai que c'est... J'ai analysé qu'une fois mes... En fait, deux fois. Deux fois les vidéos, mais... Après, j'avais peut-être besoin de faire au moins une fois, une

analyse avec le maître de stage, pour mieux apprécier les attitudes, et cetera, le langage non verbal.

- *Parce que là, il a pu mettre en évidence des choses, que tu m'as dit, que toi, tu n'avais pas remarqué seul ?*
- Voilà, oui.
- *Le fait de...*
Ça, ça se passait comment en fait, finalement ? Il t'expliquait ces choses-là comment ?
- Ça, je te... Ca je te l'avais expliqué.
Non, c'est en visionnant les vidéos et en mettant sur pause à plusieurs reprises.
- *D'accord.*
- Enfin, régulièrement.
- *Il illustre... ?*
- Voilà, il me montrait : « Voilà, regardes. Mettez sur pause. Alors : Qu'est-ce que tu viens de dire ? Qu'est-ce que le patient a dit ? Voilà, est-ce que tu réponds à la question du patient ? Est-ce que tu as les moyens de dire les choses autrement ? De reformuler tes phrases ? ».
- *Ok.*
Des conseils, alors ?
- Beaucoup de conseils, oui.
- *Donc, du coup, t'as utilisé le matériel, évidemment.*
- Il n'y avait pas de problème par rapport à l'utilisation du matériel. Ça, c'était simple.
Donc, aucune difficulté par rapport à ça, non.
- *D'accord.*
- Après une explication une fois et ça suffit.
- *Ok. Très bien.*
Et, t'as utilisé la grille également ?
- Oui, c'est pareil.

Alors après, c'est vrai que... Qu'il aurait fallu que je fasse encore une autre série pour mieux... Peut-être mieux l'utiliser, pour mieux apprécier la consultation.

- *En fait, tu me dis que la répétition des séries, te permet de...*
- Voilà, de m'améliorer.
- *De t'améliorer, d'accord.*
- Et, sinon, la grille, je la trouvais plutôt adaptée par rapport aux critères pour améliorer la consultation.
- *Ok.*
Tu l'avais déjà utilisée cette grille par le passé ?
- Non.
- *D'accord.*
Et donc, pas de soucis de compréhension ?
- Non. Par rapport à la compréhension, il n'y avait pas de problème, c'était clair. Voilà, sur des choses bien définies. Donc, j'ai pas de soucis par rapport à ça.
- *Ok.*
Est-ce que t'as des idées d'amélioration de l'outil puisque tu l'as utilisé ?
Des choses qui pourraient permettre de... Que ça se passe mieux, ou plus efficacement ?
- Non, non.
J'ai pas de... Moi, j'ai pas de commentaires en plus, par contre.
Euh... Non, ou alors peut-être... Non, je ne sais pas. Je sais pas.
Non, non, ce que j'ai vraiment aimé, c'était le débriefing avec la maître de stage.
Après...
C'est vrai qu'il aurait fallu que je fasse une autre série ensuite pour voir, pour apprécier un peu plus.
- *Là, tu parles de l'évolution en fait ?*
- Oui, pour voir l'évolution.
- *Ok. Bon, ben, super.*
Je pense qu'on a, à peu près, fait le tour.
Rien d'autre à ajouter ?

- RAS.
- *Entendu.*

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 internes ayant testé l'outil sur sa facilité d'utilisation et son intérêt pour améliorer la supervision.

Résultats : Au total, 6 internes et 4 Maîtres de Stages Universitaires ont participé à cette étude au sein de la maison de santé de Ruelle-Sur-Touvre (Charente) sur une période d'un an. L'outil a été jugé utile et intéressant par les internes, qui voyaient là une façon différente et complémentaire à leur formation aux compétences relationnelles. Selon eux, l'outil permet d'améliorer la qualité de la supervision de l'ECA-MSU. Il est facile d'utilisation, peu contraignant, et acceptable pour les patients.

Conclusion : Cet outil améliore la qualité de la SODEV et l'apprentissage de la communication en médecine générale. Son utilisation est simple, et bien acceptée. Malgré quelques modifications éventuelles à apporter, l'outil est efficace et prêt pour l'ALOA (Agenda Led, Outcome Based Analysis). L'approche spontanée de cette démarche lors de notre étude en est la preuve. L'association de la SODEV à la grille de Calgary-Cambridge semble donc un être un outil pédagogique prometteur qui 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 !

