



**HAL**  
open science

# 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

Élodie Pailhe

## ► To cite this version:

Élodie Pailhe. 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. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00663266

**HAL Id: dumas-00663266**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663266v1>**

Submitted on 26 Jan 2012

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

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

**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

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Elodie PAILHE  
Née le 22 mai 1982 à Mazamet (81)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le 24 janvier  
2012\*

Devant le jury composé de:

Président du Jury: Mr le Pr BOUGEROL Thierry

Membres:

Mr le Pr BENHAMOU Pierre Yves

Mr le Pr CRACOWSKI Jean-Luc

Mr le Pr PLANTAZ Dominique

Mr le Dr CARRILLO Yannick

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux  
opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## RESUME

Les techniques de communication font partie des compétences à acquérir par les médecins. Une meilleure communication améliore l'observance, les résultats cliniques, la qualité de vie des patients et augmente la satisfaction des médecins. La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique pour la formation des internes à la communication. Elle repose sur l'enregistrement vidéo de l'interne en consultation suivi d'une séance de rétroaction du maître de stage et de son interne sur le film.

Cette étude a pour objectif de connaître les avantages et les inconvénients de la SODEV, selon le point de vue des enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) d'Isère et de Savoie. Il s'agit d'une étude qualitative à partir de douze entretiens semi-dirigés. Les ECA ont essayé la SODEV avec leur interne avant de donner leur point de vue.

L'installation de la SODEV, malgré quelques problèmes techniques, a été rapide et simple. Les ECA ont mis en avant sa spécificité pour la formation à la communication et pour l'évaluation des compétences de l'interne. Ses inconvénients ont été la durée de la supervision et les divergences des ECA sur l'intérêt de la SODEV dans la formation.

La SODEV semble être intéressante pour son effet miroir : il aiderait l'interne à s'auto évaluer, à détailler la communication et les messages de l'ECA sembleraient plus efficaces. La durée de la rétroaction pourrait être une contrainte pour les ECA, mais certains ont recherché des pistes d'amélioration. Leur avis sur l'intérêt de la SODEV est restreint du fait que la majorité a pratiqué la SODEV que sur une seule consultation. De plus, la méconnaissance des techniques de communication et de supervision dans ce contexte pourrait expliquer certaines difficultés lors de la rétroaction, pouvant les faire douter de son utilité.

La SODEV peut être un outil intéressant pour la formation à la communication. Le cadre de la SODEV semble assez souple et pourrait s'adapter aux différents besoins pédagogiques des ECA. Les éléments essentiels pour sa réalisation sont l'aide à l'organisation et la formation des ECA. Il serait intéressant de compléter ce travail par l'évaluation des points de vue des internes et des patients, de l'efficacité par une étude avant/après, voire de son impact sur l'état de santé des patients.

**Mots clés :** enregistrement vidéo, supervision, communication, apprentissage, consultation et médecine générale.

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAREAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGET	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier  
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie



« Ils sont si jeunes. [...] Ils sont naïfs, ils pensent qu'ils viennent soigner et que ceux qu'ils vont soigner n'attendent que leurs bons soins et les recevront à bras ouverts, avec toute leur reconnaissance.

On ne les a pas prévenus qu'ils pouvaient tomber sur tout le monde et n'importe qui : un homme très gentil ou très méchant, une femme qui rit ou qui pleure sans arrêt, des gens qui parlent et d'autres qui ne disent pas un mot.

On ne leur a pas dit que ceux qu'ils vont voir ne sont pas toujours sympathiques. Que certains sont aimables, et d'autres odieux. Que certains les feront pleurer, d'autres rire, et que d'autres les feront vomir. [...]

On ne leur dit pas que soigner, ça ne se résume pas à faire de grand discours au-dessus du lit d'un malade pour montrer qu'on sait sa leçon. »

*Extrait des Trois Médecins, M. Winckler*

## REMERCIEMENTS

*À notre Président de Thèse,*

**Monsieur le Professeur Thierry Bougerol,**

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Pour avoir accepté de présider ce jury. Pour l'intérêt que vous avez porté à cette thématique. Pour votre soutien sans au développement de la médecine générale.

Je vous exprime mes sincères remerciements et mon respect.

*À notre Directeur de Thèse,*

**Monsieur le Docteur Yannick Carrillo,**

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Pour votre aide précieuse tout au long de ce travail. Pour votre enseignement sur la communication.

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

*À nos Membres du Jury,*

**Monsieur le Professeur Pierre Yves Benhamou,**

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

Veillez accepter mes vifs remerciements.

**Monsieur le Professeur Jean-Luc Cracowski,**

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Pour l'intérêt que vous porter à la pédagogie.

Veillez accepter mes vifs remerciements.

**Monsieur le Professeur Dominique Plantaz,**

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de siéger à ce jury.

Soyez assurés de ma reconnaissance.

*À ma famille,*

**Sylvain**, mon mari, pour son amour et l'énergie dépensée à m'aider et me motiver dans ce long travail. Pour son ingéniosité dans toutes les épreuves. Pour son aide dans la retranscription de ce travail, dans la logistique et dans les soucis informatiques.

**Léonie et Livia**, mes deux trésors, pour leur joie de vivre et le bonheur qu'elles m'apportent.

**Mes parents**, pour leur amour et leur soutien sans faille. Pour m'avoir toujours laissé le choix de mes décisions. Pour m'avoir aidé dans les moments difficiles et dans la préparation de cette thèse.

**Ma grand-mère Elise**, qui me fait la grande joie et l'honneur de venir à ma soutenance de thèse. Pour son amour inconditionnel.

**Ma sœur**, et sa famille, pour ses appels téléphoniques de soutien, pour son amour.

**Ma cousine Laurence**, pour son aide dans la relecture et la recherche des fautes d'orthographe.

À mes oncles et tantes, cousins et cousines, ma grand-mère Simone qui n'a pas pu venir. Et à tous ceux qui sont partis trop tôt...

**Ma gigantesque belle famille**, merci pour votre soutien.

*À ceux qui m'ont aidé durant cette thèse*

**Mr le Professeur Patrick Imbert**, pour ses conseils dans la méthodologie de la thèse et l'intérêt qu'il a porté au sujet.

**Mes amis, les Docteurs Nadege Volcler et Briec Gales**, chef de clinique de médecine générale. Merci de m'avoir accueilli à Chambéry, d'avoir été des supers colocataires. Pour votre gentillesse. Pour m'avoir guidé dans cette thèse. Vous êtes mes modèles.

**Le Docteur Michel Depoisier**, pour son enseignement, pour m'avoir fait découvrir l'addictologie et les techniques de communication. Et à son épouse Nicole, pour sa gentillesse.

Aux médecins et internes qui ont répondu oui lorsque je leur ai proposé cette étude inhabituelle.

Et bien sûr,

*À tous mes amis,*

Mes amis de toujours, Aurélie, Sandrine, Audrey, Pierre, David, pour leur soutien et leur fidélité.

Fabrice, qui a tenu à venir assister à ma soutenance.

*À ceux avec qui m'ont accompagné pendant ces passionnantes études,*

Les amis de la faculté Rangueil de Toulouse avec qui j'ai grandi dans la médecine et partagé des soirées mémorables : Céline, Emilie, Charlotte, Elise...

Mes co-internes pour les bons moments passés ensemble.

Les soignants avec qui j'ai travaillé durant ces quatre dernières années.

Et enfin, les médecins et ceux qui, en m'encadrant, ont su me donner le goût de ce métier unique et merveilleux...

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>14</b>
<b>I - LE CONTEXTE</b>	<b>14</b>
<b>II - HISTORIQUE DE LA RECHERCHE EN COMMUNICATION</b>	<b>15</b>
<b>III - UN MODELE DE FORMATION A LA COMMUNICATION :</b>	<b>16</b>
<b>LA SUPERVISION DIRECTE PAR OBSERVATION AVEC ENREGISTREMENT VIDEO</b>	<b>16</b>
<b>A - DEFINITION</b>	16
<b>B - PRINCIPES</b>	17
<b>C - LA PROBLEMATIQUE EN FRANCE</b>	18
<b>MATERIELS ET METHODE</b>	<b>19</b>
<b>I - TYPE D'ETUDE</b>	<b>19</b>
<b>II - POPULATION ET ECHANTILLONNAGE</b>	<b>19</b>
<b>III - REALISATION DES SODEV</b>	<b>20</b>
<b>A - PRISE DE RENDEZ-VOUS/ ACCORDS DES ECA</b>	20
<b>B - CONSENTEMENT DES INTERNES</b>	20
<b>C - CONSENTEMENT DES PATIENTS</b>	20
<b>D - ENREGISTREMENT VIDEO</b>	20
<b>E - RETROACTION</b>	20
<b>IV - REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES</b>	<b>21</b>
<b>A - PREMIER GUIDE D'ENTRETIEN</b>	21
<b>B - DEUXIEME GUIDE D'ENTRETIEN</b>	21
<b>C - TROISIEME GUIDE D'ENTRETIEN</b>	22
<b>D - METHODE D'ANALYSE DES DONNEES</b>	22
<b>V - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b>	<b>23</b>
<b>A - LA COMMUNICATION EN SANTE</b>	23
<b>B - LA SODEV</b>	23
<b>RESULTATS</b>	<b>24</b>
<b>I - MISE EN PLACE DE LA SODEV</b>	<b>24</b>
<b>A - TECHNIQUE</b>	25
<b>B - INFORMATIONS ET CONSENTEMENTS</b>	25
<b>C - L'ORGANISATION DE LA SEANCE DE RETROACTION</b>	28
<b>II - LA METHODE PEDAGOGIQUE</b>	<b>29</b>
<b>A - LA FORMATION A LA COMMUNICATION</b>	29
<b>B - LA VARIABILITE DES POINTS DE VUE SUR LES BENEFICES PEDAGOGIQUES</b>	32
<b>C - LE POINT DE VUE DES INTERNES RAPPORTES PAR LES ECA</b>	33
<b>D - L'INFLUENCE SUR RELATION SUPERVISEUR-SUPERVISE</b>	35
<b>III - PROPOSITIONS DE STRATEGIES D'UTILISATION DE LA SODEV</b>	<b>36</b>
<b>A - SUR LE MOMENT DANS LE STAGE</b>	36
<b>B - SUR L'ENREGISTREMENT VIDEO DE L'EXAMEN CLINIQUE</b>	37
<b>C - SUR LE TYPE DE CONSULTATION</b>	38
<b>D - SUR LA FREQUENCE DES SODEV</b>	39
<b>E - SUR L'INTERNE</b>	39
<b>F - SUR LE STYLE DE RETROACTION</b>	40

<b>G - SUR L'ASSOCIATION A D'AUTRES OUTILS</b>	<b>41</b>
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b><u>43</u></b>
<b>I - SUR NOS RESULTATS</b>	<b>43</b>
<b>A - L'ASPECT PRATIQUE DE LA SODEV : AVANTAGES ET INCONVENIENTS</b>	<b>43</b>
<b>A1 - Au niveau de l'information et de la liberté de consentement</b>	<b>43</b>
<b>A2 - Au niveau des difficultés logistiques</b>	<b>44</b>
<b>B - LA METHODE PEDAGOGIQUE : AVANTAGES ET INCONVENIENTS</b>	<b>45</b>
<b>B1 - L'enseignement de la communication</b>	<b>45</b>
<b>B2 - L'évaluation de la communication</b>	<b>46</b>
<b>B3 - La balance avantages/inconvénients</b>	<b>47</b>
<b>B4 - La satisfaction variable des internes sur la SODEV</b>	<b>49</b>
<b>B5 - Sur la relation superviseur-supervisé</b>	<b>49</b>
<b>C - PROPOSITIONS DE DIFFERENTES STRATEGIES D'UTILISATION</b>	<b>51</b>
<b>C1 - Au sujet du moment où il est le plus utile d'utiliser la SODEV</b>	<b>51</b>
<b>C2 - Au sujet du type, du nombre, de la fréquence des SODEV</b>	<b>51</b>
<b>C3 - Au sujet du type d'interne</b>	<b>51</b>
<b>II - SUR NOTRE TRAVAIL</b>	<b>51</b>
<b>A - CHOIX DE L'AXE DE TRAVAIL</b>	<b>51</b>
<b>B - CHOIX DE LA METHODOLOGIE</b>	<b>52</b>
<b>C - LIMITES ET BIAIS</b>	<b>52</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>54</u></b>
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b><u>55</u></b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>58</u></b>
<b>ANNEXE 1 : COMMUNICATION CURRICULUM WHEEL</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES MAITRES DE STAGE</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE 3 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES INTERNES ET CONSENTEMENT</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXE 4 : LETTRE D'INFORMATION POUR LES PATIENTS ET CONSENTEMENT</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN LORS DE LA PREMIERE PHASE DE L'ETUDE</b>	<b>62</b>
<b>ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN LORS DE LA DEUXIEME PHASE DE L'ETUDE</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN LORS DE LA TROISIEME PHASE DE L'ETUDE</b>	<b>64</b>
<b><u>LISTE DES ABREVIATIONS</u></b>	<b><u>65</u></b>
<b><u>VERBATIM</u></b>	<b><u>66</u></b>
<b>ENTRETIEN 1</b>	<b>66</b>
<b>ENTRETIEN 3</b>	<b>75</b>
<b>ENTRETIEN 4</b>	<b>82</b>
<b>ENTRETIEN 5</b>	<b>87</b>
<b>ENTRETIEN 6</b>	<b>90</b>
<b>ENTRETIEN 7</b>	<b>95</b>
<b>ENTRETIEN 8</b>	<b>98</b>
<b>ENTRETIEN 9</b>	<b>105</b>
<b>ENTRETIEN 10</b>	<b>110</b>
<b>ENTRETIEN 11</b>	<b>113</b>

**ENTRETIEN 12**

**116**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

---

**119**

# INTRODUCTION

La relation médecin-malade est encore un enjeu de la médecine, et a fortiori de la médecine générale.

Elle est maintenant étudiée sous l'angle des habiletés communicationnelles et relationnelles et il a été établi des compétences qui peuvent être enseignées par et pour les médecins<sup>1-3</sup>. Elle est devenue un objectif d'enseignement dans les facultés de médecine<sup>4</sup> et les compétences en communication font partie du référentiel métier du médecin généraliste<sup>5,6</sup>.

Une meilleure communication améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients. Elle augmente également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. Enfin, une plus grande participation des patients aux décisions médicales diminue leur anxiété et améliore leur santé<sup>7</sup>.

## I - Le contexte

Pour comprendre la nécessité de savoir « bien communiquer » avec le patient, il faut intégrer le fait que la médecine occidentale du 21<sup>ème</sup> siècle a évolué vers une médecine plus coopérative et moins autoritaire.

Le niveau de connaissance médicale de la population s'est élevé et on ne peut plus considérer le patient comme une personne « ignorante ». Les sources d'informations médicales se sont multipliées et il arrive que les patients accèdent aux informations médicales avant même leur médecin traitant.

Le centre de gravité de la relation s'est déplacé. Le médecin a évolué d'un rôle d'expert du savoir médical vers celui de co-gestionnaire de la santé des patients. Son rôle est de traduire les connaissances médicales et de les interpréter en fonction du contexte du patient.

Il doit gérer le traitement avec son patient qui est informé et actif dans sa prise en charge, d'où l'importance d'une communication plus participative<sup>8</sup>.

De plus, la loi de 2004 et la loi HPST insistent sur l'obtention d'un consentement éclairé de la part du patient. Ceci suppose que la décision du patient ne repose plus uniquement sur la confiance en son médecin mais sur sa compréhension du traitement.

D'autres facteurs ayant transformé le système de santé se sont additionnés et augmentent ce besoin en communication : la contrainte de temps, l'augmentation des maladies chroniques (et la promotion de l'éducation thérapeutique), le nombre croissant de personnes âgées et de migrants, et enfin l'évolution des prises en charge<sup>2,7</sup>.

## II - Historique de la recherche en communication <sup>3,8</sup>

Depuis plus de cinquante ans, la recherche participe au changement du regard des médecins sur la relation médecin-patient et sur la communication.

Dans les années 30, Carl Rogers, dans le mouvement social du « counseling », a introduit la notion de thérapie centrée sur la personne. Il part du principe que l'individu est fondamentalement digne de confiance et qu'il possède en lui les ressources nécessaires à son développement. Le médecin n'est pas censé savoir ce qui est bon pour son patient. Il s'efforce d'instaurer un climat sécurisant, de faciliter l'expression du patient et de l'aider à conquérir son autonomie. Cela passe par la mise en oeuvre d'une relation empathique, authentique et chaleureuse<sup>9,10</sup>.

Il y a plus de 30 ans, Balint a employé l'expression « centré sur le patient »<sup>11</sup>. Le médecin formé pour être centré sur la maladie devait se centrer sur toute la personne malade s'il voulait établir un diagnostic plus global. Balint a insisté sur trois rôles du médecin : la capacité d'écoute, la capacité à comprendre la signification physique et psychologique des plaintes, la capacité à utiliser cette compréhension en vue d'un effet thérapeutique.

En 1972, McWhinney a découvert l'agenda caché du patient, c'est-à-dire les motifs de consultation non déclarés du patient. Une bonne écoute, le souci de comprendre les attentes du patient, le respect permettent au patient de révéler ses motifs cachés.

En 1977, Engel proposa le modèle biopsychosocial, selon lequel un problème de santé doit être analysé comme un système où s'influencent mutuellement les dimensions biologiques, psychologiques et sociales.

En 1978, Kleinman et autres ont proposé le modèle transactionnel. L'individu possède, de part sa culture, un savoir populaire qui véhicule une conception des causes de la maladie, des actions à faire ou à ne pas faire. Le médecin qui a un savoir scientifique doit entrer en négociation avec le patient pour résoudre le problème de santé.

En 1995, Stewart et autres<sup>12</sup> ont élaboré la méthode clinique centrée sur le patient (ECP). Elle comporte six composantes :

1. Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient
2. Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale
3. Etablir un partenariat avec le patient
4. Valoriser la prévention et la promotion de la santé
5. Etablir et développer la relation médecin-patient
6. Faire preuve de réalisme : le médecin s'adapte au patient, au problème, au temps disponible, à ses ressources et à son champ de compétence.

Entre les années 1980 et 1990, plusieurs chercheurs ont analysé la consultation à travers des étapes allant de l'accueil à la clôture de la consultation. Ils ont établi



des guides décrivant les compétences en communication à développer à chaque étape<sup>1,13,14,15</sup>.

Actuellement, la recherche sur la communication professionnelle s'élargit à la communication interpersonnelle comprenant la communication médecin-patient, ainsi que la communication avec la famille et les proches, la communication entre pairs et la communication avec les autres intervenants en santé. (Annexe 1)

### **III - Un modèle de formation à la communication : la supervision directe par observation avec enregistrement vidéo**

Il existe de nombreuses formations à la communication. La plupart se basent sur des exemples des compétences à acquérir (à l'aide de vidéos ou d'acteurs) puis sur des mises en situation des participants par des jeux de rôle<sup>16</sup>.

Cependant, malgré une formation efficace et une volonté de changement des soignants, ces compétences sont peu transférées dans les consultations réelles<sup>17</sup>.

Heaven et autres suggèrent de les compléter par des rétroactions sur des consultations réelles afin de favoriser le transfert des compétences sur le lieu de travail<sup>17</sup>. C'est ce qui est fait dans certains pays anglo-saxons, essentiellement en Amérique du Nord, où la formation des étudiants à la communication utilise la supervision par observation directe de consultations avec enregistrement vidéo (SODEV).

Il s'agit de l'objet de notre étude.

La SODEV semble être une méthode intéressante pour la formation des étudiants à la communication professionnelle. Maguire et autres ont comparé les compétences en communication d'un groupe d'étudiants ayant eu la SODEV et d'un groupe ne l'ayant pas eu. Les résultats ont montré que cinq ans après la formation, les étudiants du groupe SODEV étaient de meilleurs communicants que les autres<sup>18</sup>. D'anciens internes ont témoigné que la SODEV avait été la méthode d'enseignement la plus utile pour apprendre l'entretien centré sur le patient<sup>19</sup>.

#### **A - Définition**

La supervision clinique est la guidance d'un étudiant en formation par un praticien enseignant avec une rétroaction (feedback) ayant pour but son développement personnel et l'acquisition de compétences professionnelles. Elle est reconnue dans la littérature comme étant à la fois essentielle et efficace pour la formation du médecin<sup>20,21,22</sup>.

Il existe deux types de supervision<sup>23</sup> :

- **La supervision indirecte:**  
C'est le moyen de formation couramment utilisé en France. Elle consiste en un compte rendu fait à posteriori de l'interne à son enseignant clinicien ambulatoire (ECA) ou maître de stage. La séance

de rétroaction se fait à partir du récit de l'interne sur sa consultation. Cette méthode est appropriée pour la validation du diagnostic, de la thérapeutique et de la démarche clinique, et également pour l'expression des émotions ressenties par l'interne lors d'un entretien d'explicitation non ou semi-directif.

- **La supervision directe :**

C'est la méthode de choix pour explorer plus spécifiquement les compétences relationnelles de l'étudiant et les techniques d'entrevue. Elle peut se faire en présence physique directe du maître de stage (c'est le cas le plus habituel en France) ou nécessiter des moyens matériels plus complexes: miroir sans tain ou enregistrement vidéo. Dans ce deuxième cas, on l'appelle supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV). L'ECA travaille avec son interne sur les compétences en communication à partir de l'enregistrement de ses consultations pendant le stage.

La supervision en médecine générale est pratiquée pendant les deux stages ambulatoires :

- **le stage UPL, unité pédagogique locale, stage chez le praticien :**

Il s'effectue les deux premières années de la formation et se découpe en trois phases successives :

- la première est une phase d'observation du praticien par l'interne
- la deuxième est la supervision directe où l'ECA observe l'interne
- la dernière est une phase d'autonomie. L'interne consulte seul et est supervisé indirectement par son ECA.

- **le stage SASPAS, stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée :**

L'interne de médecine générale est autonome pour les consultations. Ce stage s'effectue en dernière année d'internat. L'ECA fait une supervision indirecte à son interne.

## **B - Principes**

La bibliographie la plus importante sur la SODEV est canadienne. La supervision directe est une méthode d'enseignement utilisée de manière systématique depuis 25 ans en médecine générale. Nous décrivons ci-dessous les différentes étapes de la SODEV telle qu'elle est pratiquée au Canada<sup>20,24,25</sup>.

Après une semaine de cours et de jeux de rôle sur la communication médicale, les internes canadiens ont, au cours d'un stage, huit demi-journées de SODEV.

Lors de la demi-journée de SODEV, ils sont observés en consultation avec un patient derrière un miroir sans tain par un médecin seul ou accompagné d'un intervenant psychosocial. Leur consultation est filmée.

L'étudiant doit recevoir le consentement du patient concernant l'enregistrement vidéo et l'observation de la consultation par une tierce personne.

Le champ de la caméra permet de voir l'interne et le patient de face mais dissimule le patient lors de l'examen clinique préservant ainsi son intimité. L'interne mène l'ensemble de la consultation et la conclut sauf s'il estime nécessaire d'obtenir l'avis de son superviseur sur ses conclusions diagnostiques et thérapeutiques avant de libérer le patient.

A la fin de la période de consultation, il existe une rétroaction pour permettre à l'étudiant d'améliorer sa communication.

Le superviseur incite l'étudiant à donner son point de vue, à faire son autocritique et à évaluer sa performance. Il l'aide à identifier les différentes étapes de la consultation et le recentre sur ses objectifs. Il encourage la discussion sur la démarche clinique, les techniques d'entrevue, l'approche biopsychosociale, la relation médecin-patient et les connaissances. Il donne son avis. Lorsque des difficultés sont identifiées, le superviseur fait « une prescription pédagogique » à l'étudiant, c'est-à-dire qu'il lui demande de s'entraîner à utiliser, durant ses prochaines consultations, certaines compétences en communication étudiées avec lui. A la fin de la séance, il l'invite à donner son point de vue sur cette supervision.

### **C - La problématique en France**

En France, les formations à la communication commencent à se développer dans les facultés. Mais la SODEV est très rarement utilisée. La bibliographie sur le sujet est quasi-inexistante.

Nous pouvons nous interroger sur les causes de cette absence d'utilisation de la SODEV comme méthode pédagogique.

Notre étude a pour but de faire émerger les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique et de nous faire une opinion sur le point de vue des ECA sur son utilisation en France.

## MATERIELS ET METHODE

L'objectif principal de cette étude est de connaître les avantages et les inconvénients de la SODEV pour la formation des internes à la communication selon les enseignants cliniciens ambulatoires (ECA).

L'objectif secondaire est de rechercher l'intérêt que portent les ECA à cette méthode pédagogique et d'imaginer sa faisabilité et ses perspectives d'avenir en France.

### I - Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive réalisée en deux étapes :

- **Première étape :** Mise en pratique de la SODEV dans certains stages UPL et SASPAS de la faculté de Grenoble.
- **Deuxième étape :** Entretiens semi-dirigés avec les ECA sur la SODEV.

Les ECA ont donc testé la SODEV avec leurs internes. Cette expérience les a aidés à se forger une opinion sur ses avantages et ses inconvénients, puisqu'ils ne l'avaient jamais utilisée auparavant.

La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative<sup>26</sup>. Elle apporte des informations préalables à celles issues des travaux de recherche quantitative.

L'enquête par entretien semi-dirigé est menée sur la base d'une structure souple consistant en des questions ouvertes définissant des domaines à explorer. Il est possible durant les entretiens de s'écarter du sujet original pour poursuivre une idée plus en détail<sup>27</sup>. Les questions peuvent être amenées à varier au long de l'entretien sans faire perdre de cohérence à l'étude.

### II - Population et échantillonnage

La population étudiée consistait en l'ensemble des ECA de la faculté de Grenoble et leurs internes.

Entre septembre et novembre 2011, les ECA des stages UPL et SASPAS ont été contactés pour tester avec leur interne la SODEV et donner leur opinion.

L'échantillon s'est constitué en fonction de l'accord des ECA sur leur participation.

Seul à été exclu de l'étude le Directeur de thèse car son opinion pouvait biaiser les résultats.

A partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissaient redondantes et semblaient n'apporter rien de nouveau. On était au point de « saturation des données » et on pouvait stopper les entretiens <sup>26</sup>. Douze ECA ont participé à l'étude. Huit SODEV se sont déroulées en octobre 2011, le dernier mois du semestre d'été et quatre en novembre 2011, le premier mois du semestre d'hiver.

### **III - Réalisation des SODEV**

#### **A - Prise de rendez-vous/ Accords des ECA**

Les ECA ont été contactés par téléphone, l'étude leur a été expliquée et ils ont reçu un mail reprenant plus en détails les informations (annexe 2). Ils étaient rappelés quelques jours après pour donner leurs réponses. Les causes de refus ont été demandées.

#### **B - Consentement des internes**

Après l'accord de l'ECA, l'étude a été présentée à l'interne du stage par l'auteur de la thèse ou par l'ECA. Son consentement était obligatoire. Il lui a été donné une fiche d'informations sur l'étude et un consentement à signer (annexe 3). Si l'interne refusait de participer à l'étude, il lui a été demandé la raison.

#### **C - Consentement des patients**

La méthode et l'objectif de l'étude ont été ensuite expliqués au patient par l'ECA ou par l'interne. Le patient a également eu une fiche d'informations sur l'étude (annexe 4) et un consentement à signer. Les informations lui ont été données soit par téléphone lors de la prise de rendez-vous, soit en salle d'attente, soit en la salle de consultation.

#### **D - Enregistrement vidéo**

Le matériel vidéo, une caméra avec un trépied, a été prêté à chaque cabinet et installé dans onze cabinets. Le douzième ECA l'a installé seul à l'aide d'une notice.

La caméra filmait le bureau du médecin. L'interne et le patient étaient tous les deux dans le champ de la caméra de profil. Elle était allumée par l'interne au début de la consultation après l'accord du patient. L'interne faisait seul la consultation. L'examen clinique n'était pas filmé. A la fin de la consultation, l'interne coupait la caméra.

Le film était ensuite téléchargé sur l'ordinateur de l'ECA puis effacé de la caméra.

Les ECA devaient filmer au minimum une consultation de l'interne, il n'y avait pas de maximum.

#### **E - Rétroaction**

Il était demandé aux ECA de faire la séance de rétroaction avec leur interne sur le film dans un délai assez court, c'est-à-dire de quelques heures à quelques jours, moins d'une semaine après l'enregistrement. Ils devaient regarder ensemble la consultation et discuter de l'aspect relationnel et communicationnel. Après la séance de rétroaction, le film était effacé de l'ordinateur.

## **IV - Réalisation des entretiens et recueil des données**

Les entretiens se sont déroulés au cabinet de l'ECA lors d'un rendez-vous pris à cet effet, sauf pour cinq participants pour qui les entretiens ont été faits par téléphone en raison d'un éloignement géographique de l'interviewer. Nous avons annoncé une durée d'entretien très variable, en demandant de réserver quarante-cinq minutes. Tous les entretiens ont été réalisés en individuel par le même interviewer. Chaque entretien a été enregistré sur un microphone après avoir obtenu le consentement de l'ECA et lui avoir garanti l'anonymat. Les retranscriptions des entretiens ont été faites par deux personnes différentes.

### **A - Premier guide d'entretien**

Un premier guide d'entretien a été utilisé pour les deux premiers (annexe 5). Il explorait plusieurs thèmes déterminés par la problématique et les lectures sur le sujet:

- **L'enregistrement vidéo :**
  - Mise en place, problèmes techniques
  - Consentement des patients, commentaires des patients
  - Durée
  
- **La séance de rétroaction :**
  - Déroulement, le contenu, la durée
  - Ressenti de l'interne, motivation
  - Evolution du ressenti de l'interne
  
- **La relation superviseur-supervisé :**
  - Changements de cette relation liés à la méthode
  
- **La communication :**
  - Besoin de formation des internes
  - Intérêt de cette méthode
  - Points importants de la communication à enseigner
  - Evolution du point de vue du maître de stage sur la méthode

Ce guide posait des questions trop fermées et influençait les réponses. Il a été modifié pour les entretiens qui ont suivis.

### **B - Deuxième guide d'entretien**

Le guide d'entretien (annexe 6) des six entretiens suivants débutait par une question d'introduction : « qu'est-ce qui vous a motivé pour participer à cette étude ? ».

Puis les ECA devaient décrire les deux phases de la méthode, l'enregistrement vidéo et la rétroaction, et donner leur opinion dessus.

Ensuite ils pouvaient donner leur point de vue sur la communication en général.

Certaines idées étaient précisées par des questions plus fermées.

La question de clôture était aussi une question d'ouverture : « quel est selon vous l'avenir de cette méthode pédagogique ? ».

Ces entretiens ont fait apparaître des thèmes et il a été élaboré un troisième guide afin de les explorer plus en détails (annexe 7).

### **C - Troisième guide d'entretien**

Les thèmes du troisième guide étaient :

- **Mise en place de la SODEV :**
  - Procédé de mise en place, aspect technique
  - Consentement de l'interne et des patients, aspect éthique
  - Durée, faisabilité
  
- **La méthode pédagogique :**
  - Point de vue sur cette méthode pour la formation à la communication
  - Apport de la méthode à l'enseignant
  - Ressenti de l'enseignant
  - Motivation de l'enseignant pour l'utiliser, stratégies d'utilisation
  - Ressenti de l'interne
  
- **La relation superviseur-supervisé :**
  - Effet de la méthode sur la relation superviseur-supervisé
  - Effet de la méthode sur l'orientation pédagogique ?

### **D - Méthode d'analyse des données**

Chaque entretien a été retranscrit littéralement. Les propos n'ont pas été reformulés dans le verbatim. Seules ont été retirées certaines onomatopées qui ponctuent les phrases afin de rendre la retranscription plus lisible. Dans la thèse, certaines phrases ont été remaniées afin de les rendre plus compréhensibles. Les rires accompagnant certaines paroles ont été notés afin que celles-ci ne soient pas mal interprétées.

L'analyse a été purement thématique, ce qui a permis d'explorer les avantages et les inconvénients. Les citations des entretiens illustrent la thématique.

L'analyse a été faite par une seule personne, l'auteur.

Une seule information donnée par entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires <sup>26</sup>.

## **V - Méthodologie de la recherche bibliographique**

La recherche bibliographique dans le cadre de ce travail s'est divisée en deux domaines :

### **A - La communication en santé**

La recherche a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche: Google Scholar, Pubmed, Sudoc, Cismef, EM-Premium, Web of knowledge, Science direct 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.

### **B - 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, Sudoc, Cismef, EM-Premium, Web of knowledge, Science direct, Francis en utilisant comme mots clés « enregistrement vidéo », « supervision », « communication », « apprentissage » et « consultation » en français et « videotape recorder », « videorecording », « communication », « training » et « consultation » en anglais.

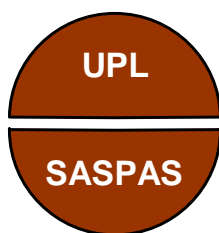


## RESULTATS

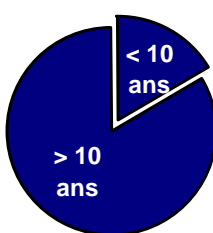
Douze entretiens ont été faits avant d'arriver à la saturation des données. Leur durée a varié de neuf minutes pour le plus court à trente-cinq minutes.

Les caractéristiques des ECA étaient :

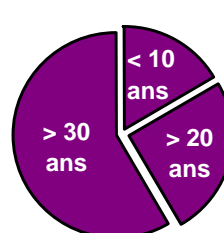
Enseignants en...



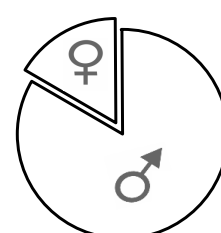
Enseignant depuis...



Installés depuis...



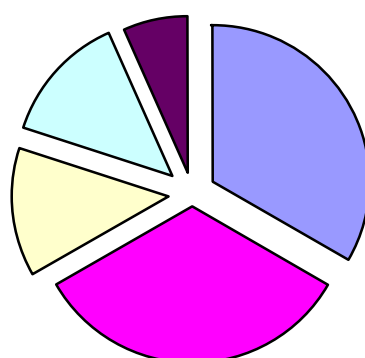
Sexes



Sur 42 ECA contactés, 30 ont refusé de participer à l'étude.

Les refus ont été de cinq types :

### Causes de Refus



- Manque de temps
- Vacances / arrêt maladie/ absence de l'interne
- Désaccords avec le principe de filmer une consultation réelle
- Refus de l'interne
- Refus des patients

Il a volontairement été décidé de ne pas détailler pour chaque interviewé ses caractéristiques, leur identification étant alors trop aisée. De même, il n'a pas été réalisé d'analyse par entretien.

Il est difficile de classer les résultats en avantages et inconvénients car les ECA ont des avis différents et leurs réponses sont nuancées. Il a été choisi de les discuter par thèmes en faisant ressortir les avantages et les inconvénients.

## I - Mise en place de la SODEV

Cette partie s'intéresse aux aspects techniques et pratiques de la SODEV au cours d'une journée de consultations.

## **A - Technique**

La partie technique a été évoquée assez brièvement dans les entretiens. Les ECA ont parlé essentiellement des problèmes qu'ils avaient rencontrés.

L'installation du matériel vidéo n'a pas pris beaucoup de temps.

*E.01 : « cinq minutes »*

*E.02 : « c'est une expérience faisable, ce n'est pas insurmontable. On a passé un peu de temps à regarder où on pouvait mettre la caméra pour que tout le monde soit visible. On a fait des essais, on a testé si le son marche bien...ce n'était pas très long. »*

*E.09 : « je trouve que ça ne prend pas de temps. Juste le temps de lire la notice qui était déjà bien explicitée par la propriétaire de la caméra et puis de le monter et ça se met en marche tout seul. Alors vraiment aucune difficulté technique. »*

Les problèmes techniques les plus fréquents ont été le mauvais son et la difficulté pour visionner le film sur l'ordinateur.

*E.08 : « Le son était mauvais, on a vraiment dû prêter l'oreille pour réussir à entendre »*

*E.06 : « Il y avait plus de problème avec le son pour entendre ce qui se disait, car il y avait une grosse distorsion »*

*E.07 : « On a eu des difficultés pour visionner le film, on a dû changer d'ordinateur ... c'était un peu embêtant. »*

*E.04 : « Oui, alors c'était des soucis techniques. C'est parce qu'on avait pas un processeur suffisamment important sur notre ordinateur. »*

Il était demandé aux ECA de filmer au minimum une consultation, ils avaient le choix d'en filmer plusieurs. Dix groupes de stages en n'ont filmé qu'une seule. Un groupe a souhaité en faire plusieurs mais a été bloqué par la technique.

*E.02 : « Alors, il y a eu un couac. Ca a marché parfaitement pour la première consultation et donc l'interne voulait en faire d'autres et elle n'y est pas arrivée. »*

Un seul a filmé plusieurs consultations.

*E.09 : « on a fait deux cas, du coup. »*

## **B - Informations et consentements**

Les ECA ont informé et fait signer un consentement aux deux personnes filmées, c'est-à-dire le patient et l'interne. L'information du patient et son consentement ont été faits à différents moments dans les cabinets:

- Certains ont préféré avant la consultation par téléphone.

*E.03 : « j'avais prévenu la patiente avant par téléphone »*

*E.02 : « Je n'avais pas réussi à joindre le patient au téléphone avant pour lui expliquer. Donc, c'est l'interne qui lui a expliqué »*

- D'autres en salle d'attente.

*E.09 : « on leur a expliqué dans la salle d'attente »*

- D'autres en salle de consultation.

Ils ont trouvé que cela prenaient du temps au début de la consultation et pouvaient la perturber, ils auraient préféré le demander plus tôt.

*E.01 : « Et bien, ils sont rentrés, se sont installés, c'est moi qui leur ai expliqué, ils ont signé et après on a mis en route la caméra... Alors ça en technique, il faudrait que les patients soient vu dans la salle d'attente, signent l'accord... parce qu'on rate l'accueil des patients par l'interne. »*

*E.06 : « Par contre ce qui est un peu gênant, c'est... d'abord informer le patient de la présence de la caméra et après c'est le consentement écrit qu'on est obligé de lui demander... »*

La majorité des ECA n'ont pas eu de problèmes pour recruter un patient.

*E06 : « Oui, oui oui... très facile. Dès l'après midi, l'interne avait 4 consultations. J'ai dit donc le premier ça va peut être compliqué, j'en ai quand même parlé, il a accepté, donc il n'y a pas eu de problème. »*

*E02 : « Il était très content, ça ne l'a pas du tout gêné. Et aux deux autres patients à qui elle l'a proposé, ça ne posait pas du tout de problème. A ma grande surprise d'ailleurs... Et même, elle m'a dit que quand ça n'a pas marché, quand elle leur a dit qu'on ne pourrait pas enregistrer la consultation, la patiente a dit « c'est dommage ! ». »*

*E.09 : « Aucun souci... On en a pris deux de suite, une dame et un monsieur et il n'y a eu aucune difficultés à les filmer. On a eu le consentement tout de suite. »*

Cependant, certains ont sélectionné les patients à qui ils voulaient le demander.

*E.05 : « J'ai choisi quelqu'un que je connaissais suffisamment bien pour que ça ne pose aucun problème. »*

*E.01 : « Là je savais que c'était deux enseignants à la retraite, donc ils savent ce que c'est, si tu veux... »*

Différentes opinions sur les motifs du consentement des patients ont été exprimées :

- Les patients auraient accepté de se faire filmer à condition que ce soit pour la formation de l'interne et qu'ils soient informés sur l'utilisation du film.

*E.02 : « Je pense qu'ils étaient contents d'aider à la formation de l'interne. », « Et ils sont OK car c'est effacé après. »*

*E.09 : « Ils n'étaient pas hostiles et ils étaient tout à fait favorables à ce qu'on filme pendant la consultation, de la même façon à ce qu'ils ne s'opposent pas à être vus par un interne. »*

- Les patients seraient rassurés par le fait que leur médecin traitant voit le film et puisse détecter les erreurs médicales.  
*E02 : « Quelque part, le fait que leur médecin va voir la consultation, ça les rassure. Ils se disent que c'est comme si j'avais été là et que donc s'il y a un souci, je peux les rappeler. Donc ils sont détendus. »*
- Les patients auraient acceptés car ils ont confiance en leur médecin traitant sur le respect du secret médical.  
*E.09 : « Sachant qu'ils savent, au niveau de la confidentialité ils ont confiance en leur médecin de famille, et ils savent que de toute façon derrière on débrieife toujours. »*  
*E.02 : « Les gens étaient très contents par le fait que ce soit purement privé, qu'on s'engageait sur l'honneur à effacer la consultation dès qu'on l'aurait visionnée ensemble. »*

La plupart des patients auraient oublié la caméra pendant la consultation, d'après les ECA.

*E08 : « J'ai revu après la patiente et elle m'a dit qu'aussi effectivement, ça ne posait pas de problème et qu'au bout d'un moment elle ne s'en souciait plus du tout, ça n'avait pas été gênant »*

*E06 : « C'était très peu gênant pendant la consultation et pour l'interne et pour le patient »*

La deuxième personne filmée était l'interne. Tous les ECA ont dû également recueillir leurs consentements. Pour la majorité, il n'y a pas eu de problème.

*E.02 : « Elle était intéressée de savoir ce qu'il allait en ressortir »*

Cependant, certains internes auraient été peu motivés pour se faire filmer.

*E.04 : « Elle n'avait pas très envie de se faire filmer, elle a accepté que pour cette fois là. C'était quand même pas facile à accepter pour elle »*

*E.07 : « j'ai pas eu l'impression qu'elle était hyper... comment dire... emballée par la méthode. »*

D'après les ECA, la plupart des internes auraient pensé à la caméra que durant les premières minutes de la consultation.

*E08 : « Moi ce qu'elle m'a dit, c'est qu'elle a oublié très vite... qu'au bout d'une minute elle oubliait complètement la caméra... elle n'y pensait plus du tout. »*

*E02 : « Du côté de l'interne, c'était gênant au début, elle pensait beaucoup à la caméra au début et puis finalement, elle m'a dit qu'assez rapidement on oublie la caméra et on fait la consultation spontanément. Après 1 ou 2 minutes, elle a oublié la caméra, ça ne lui posait plus aucun problème. »*

*E05 : « Elle m'a simplement dit : « ben au début, j'étais pas bien naturelle car je me sentais filmée. Je lui ai demandé : « ça a duré longtemps ? » elle m'a dit : « non au bout d'un moment, c'est vrai que... j'ai l'impression que j'ai mené ma consultation comme s'il n'y avait pas eu la caméra »*

E04 : « Elle avait peur d'être gênée par la caméra mais en fait ça ne l'a pas gêné. »

Un seul interne aurait été gêné par la caméra.

E07 : « L' interne était gênée d'être filmée... donc elle me dit : j'ai pas l'impression d'être complètement naturelle parce que je suis filmée »

De plus les ECA n'ont pas ressenti d'effet de la caméra sur la relation médecin-patient.

E.08 : « Il n'y a pas eu d'inconvénients parce que aussi bien la patiente que l'interne ont dit avoir oublié la caméra et...je n'ai pas eu l'impression que ça posait des problèmes. Je crois qu'aucune des deux n'a tourné le regard vers la caméra pendant toute la durée de la consultation. »

E.09 : « ça ne leur posait aucun problème. Ca n'a pas perturbé le motif de la consultation. »

### **C - L'organisation de la séance de rétroaction**

La rétroaction a été rapide pour quelques ECA.

E.09 : « Bien ça ne prend pas de temps, ça prend dix minutes », « C'est tout à fait faisable, facilement et sans difficultés. »

E.01 : « Ca a pris un quart d'heure »

Mais pour la majorité, la durée la rétroaction a été la principale contrainte de la SODEV.

E.07 : « L'idée est intéressante, après je pense que l'appliquer à la supervision tout le temps, tout le temps à tous les internes, je pense que c'est quand même chronophage. Ça prend du temps quand même, après effectivement de refaire, de revoir de revisualiser le film, etc... »

E.02 : « La contrainte temps c'est surtout la relecture. Tu te tapes 15 minutes de film, plus la discussion, donc pour ça il y a une contrainte de temps. »

E.05 : « Quand même... il faut faire deux fois la consultation. »

E.06 : « Ca prend un peu du temps quand même... on finit les consultations à 20h00 car on finit rarement plus tôt... ben il faut encore prendre 20 minutes pour regarder la consultation et la commenter. », « je dirais que c'est une contrainte de plus non négligeable »

E.11 : « Et donc, à mon avis, d'un point de vue temps, ça va être très très chronophage et ça risque de lasser. »

Et certains ont déclaré que cette durée rendait difficile d'utiliser la SODEV sur plusieurs consultations.

E.02 : « Quand on n'est pas là d'une journée et qu'on a 10 ou 15 consultations à revoir avec l'interne, on ne peut pas toutes les filmer et les revoir. Ce n'est pas possible. »

*E.06 : « Dans le cas d'un essai, on le fait très volontiers, mais c'est évident que on peut pas faire tous les jours 2 ou 3 consultations pour voir comment ça s'est passé... c'est pas possible. »*

De plus, l'intégration d'une méthode pédagogique supplémentaire est parue difficile car leur temps consacré à la pédagogie de l'interne ne serait déjà pas facile à trouver.

*E.07 : « On a de plus en plus de cadres par rapport à l'interne. Il y a effectivement les traces d'apprentissage, il y a des tas de choses qui se mettent en route, qui vont demander effectivement un petit peu plus de temps que ce qu'on fait là, et du coup...on nous demande du temps... »*

*E.03 : « Donc j'avoue quand ce moment j'ai beaucoup de travail aussi. C'est aussi mon repère. Parfois la supervision indirecte, j'ai du mal à la faire aussi, je me dis que cette méthode c'est bien, mais ça rajoute du temps. »*

L'organisation de certains ECA a été plus facile car ils ont choisi pour la rétroaction un moment où ils avaient du temps. Pour d'autres, la rétroaction les a mis en retard dans leur planning mais cette expérience les a fait réfléchir à des solutions.

*E.01 : « C'était hier à midi. Au moment du repas. On avait le temps à midi, on était tranquille, il n'y avait pas de stress. »*

*E.03 : « On a eu simplement le problème que : j'avais prévenu la patiente avant et ensuite j'avais mis du temps pour qu'on puisse faire la supervision directe ; la patiente est arrivée en retard. Donc, ça a un petit peu réduit la supervision directe après.», « Il faut trouver des méthodes, peut être le revoir plus longtemps après... »*

## **II - La méthode pédagogique**

Dans cette partie, les ECA ont donné leur point de vue sur l'intérêt pédagogique de la SODEV.

### **A - La formation à la communication**

- **La spécificité**

La SODEV a été considérée comme un outil spécifique pour la formation des étudiants à la communication.

*E.02 : « L'enregistrement vidéo est intéressant pour les informations sur le relationnel, la communication, pas pour la problématique, la prise en charge...C'est bien de faire l'enregistrement vidéo pour explorer la communication. Oui, pour ce qui est de la communication avec l'autre : impeccable, c'est un outil extraordinaire. »*

*E.11 : « J'ai considéré surtout que c'était pour voir comment il communiquait en fait et je l'ai utilisé comme un outil de communication. »*

*E.12 : «L'objectif est, il me semble, uniquement sur la communication, la relation médecin-malade, parce que sur le reste je ne pense pas que ça apporte grand-chose. »*

- **L'analyse des attitudes**

Le film a été comparé à un **miroir** : l'interne se verrait et pourrait s'analyser et s'évaluer. Il lui donnerait du recul sur lui-même.

*E.01 : «Ca permet de se voir. Ce n'est pas qu'un ressenti. », « C'est intéressant pour lui parce qu'il se voit et il voit ses tics. »*

*E.03 : «Mais, même si elle analyse les choses, c'est bien qu'elle puisse le visualiser et que je puisse lui confirmer que je pense la même chose qu'elle. », « Ce qui est important, finalement, c'est que elle, l'interne a vu beaucoup de choses sur le film. On est tombé d'accord sur ce qu'elle a vu. »*

*E.09 : «Là ce n'est pas un jeux de rôle, on est dans du vrai, donc il a pu voir comment il se comportait. »*

Pour certains ECA, ce miroir a eu un impact sur l'interne : une prise de conscience sur certains aspects de sa manière d'être. Il pourrait l'aider à améliorer sa communication.

*E.02 : « C'est un super miroir, l'interne peut voir ses défauts, beaucoup plus que si c'est quelqu'un qui les lui dit, ça a plus d'impact. », « Ca m'a fait plaisir car c'est une chose que j'essaie de lui dire très diplomatiquement depuis le début et, là, elle l'a vu seule. Du coup, on en a parlé. Et ça a dix fois plus de valeurs que si c'était moi qui lui en avais parlé. »*

*E.03 : « Elle a pu se rendre compte de son attitude, sa façon de parler... Et là, elle l'a vu et elle l'a compris », « Je pense que ça fait parti des choses qui vont lui permettre de progresser, de se voir et de progresser »*

La SODEV a eu un intérêt pour **l'analyse du non-verbal**. Beaucoup de séances de rétroactions ont ciblé le non-verbal, une chose dont ils discuteraient peu habituellement.

*E.01 : « Moi je lui ai fait par exemple une remarque sur les bras croisés...il savait que c'était une attitude fermée »*

*E.03 : « Aussi elle a pu voir que la patiente avait un faciès, pendant le début très figé, elle était anxieuse, et à la fin de la consultation beaucoup plus détendue. Et l'interne a vu une modification de la patiente, donc, il y avait une interaction entre elles. »*

*E.03 : « On était tourné sur les éléments du film et on était tourné plus sur le non-verbal, parce que c'est nouveau. Donc on a beaucoup insisté sur sa posture, sa position sur la chaise, comment elle était installée par rapport à la patiente, l'intonation de la voix également. »*

Des ECA ont eu plus de **recul** sur l'analyse de la communication qu'en supervision classique.

*E.03 : « En regardant la vidéo, on voit des choses qu'on ne voit pas forcément quand on regarde l'interne directement parce que là, on est tourné vers une personne ou une autre, on regarde ; alors que quand on est dans la pièce, on est pris par autre chose, c'est une consultation triangulaire. »*

Ils ont **détaillé** davantage les aspects communicationnels. Certains ont analysé la forme de l'entretien avec l'intonation, le rythme. L'analyse aurait été plus complète.

*E.03 : « J'ai beaucoup apprécié parce qu'il y a des choses que je vois un peu plus, que je peux détailler »*

*E.09 : « Par exemple ça m'a permis de me rendre compte en regardant l'interne qu'on avait un débit de parole beaucoup trop rapide »*

*E.05 : « On peut se voir buter dans un interrogatoire, on ressent tout de suite des silences, on ressent tout de suite quand il y a une baisse de régime. On ressent tout de suite ça sur une vidéo, ce qu'on ne ressent pas forcément dans le réel. »*

*E.08 : « J'ai pu voir qu'elle respectait les silences... qu'elle laissait le temps à la patiente de s'exprimer... j'aurais peut être pas vu aussi bien en supervision indirecte. »*

- **Les preuves**

Le film a servi à plusieurs ECA de **support pédagogique**. Il a illustré leurs propos et les a aidé à transmettre leurs savoirs.

*E.01 : « Parce que ça permet d'avoir quelque chose de concret sur lequel échanger. Il y a les preuves. Hein ? Il y a les faits : ça permet de se voir. Ce n'est pas qu'un ressenti. On le voit qu'il a les bras croisés. Et ça c'est un fait. Il y a les preuves. »*

*E.02 : « Et elle s'est rendu compte de quelque chose que j'essaie de lui dire depuis 4 mois sans arriver à lui faire comprendre, c'est qu'elle est un peu sèche, un peu pète-sec dans la façon de dire les choses. Et là, elle l'a vu et elle l'a compris. Elle a dit « oh, je suis un peu pète-sec quand même ». », « C'est elle qui l'a vu seule. Moi avant, j'essayais de lui faire comprendre en mettant les formes, en disant « il faut être plus douce », mais elle ne comprenait pas. Et là, elle l'a vu. Elle m'a dit « il faudrait que je mette un peu de miel, que j'arrondisse les angles. ».*

*E.09 : « Dès fois de filmer et de regarder ensemble, on peut dire aux gens « t'es comme ci, t'es comme ça », ça peut être un élément objectif pour asseoir une remarque. Parce qu'il y a des fois, les gens peuvent dire « il me casse les pieds, il me répète toujours la même chose » et puis, voilà, le film nous appuie. », « Il a le commentaire qu'on fait et, si en plus du commentaire, l'étudiant peut le regarder, il va forcément le remarquer aussi. On peut le prouver. »*

- **L'évaluation**



Plusieurs ECA ont évalué avec le film les compétences en communication de l'interne. Ils ont contrôlé son interrogatoire et, de manière générale, son « savoir être ».

*E.06 : « J'ai pu apprécier effectivement sa façon de savoir poser les questions pour faire ressortir des antécédents, les signes d'accompagnement, les choses qui n'avaient peut être pas été dites d'emblée par le patient »*

*E.01 : « Ca permet de voir s'il fait l'interrogatoire comme il faut. », « Après les gens le regardait et lui regardait les patients. Dans le visuel c'était intéressant. J'ai vu que ça passait bien avec les personnes »*

*E.11 : « D'un point de vue pédagogique, si on doit détecter des problèmes de communication, c'est un outil qui peut être performant. »*

La SODEV a permis à certains ECA, qui font habituellement de la supervision indirecte (SASPAS), d'observer directement leurs internes et de les évaluer au niveau du relationnel. Ils ont trouvé que cette évaluation était plus objective.

*E.09 : « En supervision indirecte, les internes on les voit pendant le premier mois. Et puis après on n'est plus présent physiquement. On ne sait pas du tout comment les gens se positionnent, leur façon d'être. Nous, on n'a pas la science infuse sur la façon d'être de l'interne. Mais le savoir être est quelque chose qu'on ne peut pas deviner quand on ne voit pas les gens. En supervision indirecte, il y a pleins de choses qu'on découvre le semestre d'après quand l'étudiant est parti. Des choses qui ne sont pas traduites dans la supervision indirecte qu'on fait avec lui. »*

*E.08 : « C'est aussi intéressant éventuellement d'avoir une vision en dehors de ce que rapporte l'interne. Puisque dans la supervision indirecte, on a que les éléments rapportés par l'interne dans un premier temps. Dans un deuxième temps on a un retour du patient qui nous apporte d'autres éléments éventuellement. »*

*E. 11 : « Parce que ce n'est pas toujours facile d'analyser en supervision indirecte ce qu'il s'est passé dans une communication. On a que la perception de l'interne, ce qu'il rapporte. Mais on n'a pas la vue d'ensemble et notamment de la communication réelle avec le patient. »*

## **B - La variabilité des points de vue sur les bénéfices pédagogiques**

Les ECA ont eu des points de vue variables sur les bénéfices pédagogiques de la SODEV. Pour certains, la SODEV a été une méthode intéressante pour la pédagogie:

*E.01 : « Sur la rétroaction, moi j'ai trouvé ça intéressant »*

*E.02 : « J'ai trouvé ça super intéressant. »*

*E.09 : « Moi je trouve que c'est intéressant en terme de savoir-être, etc...C'est quelque chose qui m'a bien plu »*

Tandis que pour d'autres, la SODEV a permis d'évaluer la communication aussi bien que la supervision directe classique, en étant inférieure à celle-ci à cause de ses inconvénients logistiques.

*E.06 : « Moi je me dis que l'interne, quand il est bien dégourdi, avant de passer à la phase autonome, on sait déjà comment il se comporte »*

*E.04 : « Je n'ai pas été surprise non plus parce que je la connais, je l'ai déjà vu en supervision directe et ça n'a pas changé grand-chose, ça ne m'a pas changé ma vision sur sa manière de communiquer. »*

*E.07 : « Moi je trouve que c'est moins bien. Ça demande beaucoup de temps et après...euh... ça n'apporte pas forcément quelque chose à la supervision qu'on fait habituelle. »*

*E.08 : « Je n'ai pas trouvé que ça m'apportait énormément d'informations supplémentaires par rapport à ce que je savais déjà. »*

*E.11 : « Etant donné que je prends le temps de faire un petit peu de supervision directe au départ pour voir comment ils se comportent, de ce point de vue là, ça ne m'apporte pas grand-chose. »*

### **C - Le point de vue des internes rapportés par les ECA**

Certains ECA ont rapporté des propos d'internes qui pourraient refléter leurs points de vue.

- **Un support pour l'autocritique**

Les internes auraient fait leur propre évaluation.

*E.01 : « Il trouvait au contraire positif de pouvoir, dans un cadre limité effectivement, faire sa critique. »*

*E.02 : « Elle l'a dit : « c'est enrichissant », ce sont ses mots. Ca veut dire ce que ça veut dire : l'interne peut s'observer travailler, voir comment il est. Ca parle beaucoup plus. »*

*E.09 : « Il a trouvé que c'était intéressant de se voir aussi parce qu'on ne s' imagine pas dans toute notre gestuelle, dans les explications qu'on donne, enfin voilà quoi. »*

Certains internes auraient été contents d'eux même car ils se seraient rendus compte des choses positives dans leur communication.

*E.06 : « J'ai eu l'impression qu'il était assez content de se voir tel qu'il était », « Quand je lui faisais une remarque, sur sa façon, sa capacité à demander, à poser des questions sur quelque chose qui n'était pas forcément explicitement posé, j'ai senti qu'il était content. Et quand même temps, lui aussi a apprécié d'en avoir été capable mais sans pour autant en fanfaronner ouvertement. »*

*E.03 : « Elle s'est rendue compte aussi des choses positives. Car il y avait des choses positives, des choses qu'il faut continuer à entretenir et ça c'est vraiment important. »*

- **La peur du jugement**

La peur du jugement aurait été plus grande pour les internes lors de cette séance de rétroaction que lors des supervisions classiques.

*E.01 : « Alors par contre ils se sentent plus « critiqués » entre guillemets avec la caméra que quand je suis à côté et les regarde. Avec la caméra, ce qu'il me disait, c'est qu'il a une impression de jugement qui est plus forte que quand on est à côté. »*

*E.04 : « Je savais qu'elle avait été indécise pour se faire filmer et donc je voulais surtout pas qu'elle ressente ce jugement pour ne pas la mettre mal à l'aise. »*

- **La gêne de se voir à l'écran**

La majorité des internes aurait été gênée de se voir à l'écran et d'entendre leurs voix, mais cette gêne aurait été passagère.

*E.07 : « je ne me reconnais pas »*

*E.01 : « Oui, il n'a pas l'habitude d'être filmé. Il est discret de nature. C'est un interne qui est discret, qui n'est pas expansif...euh, donc il n'aime pas se mettre en avant. Ça a pu le gêner les premières minutes. Puis après c'est bon. »*

*E.02 : « Elle n'a pas été gênée que je la voie. Par contre, elle a été gênée de se voir. On est tous gêné de notre image et de notre voix qu'on n'a pas l'habitude d'entendre. Elle se sentait mal à l'aise par rapport à ça, elle m'a dit « je supporte pas d'entendre ma voix ».*

*E.05 : « Elle ne reconnaissait pas sa voix, moi-même je ne reconnais pas ma voix quand je suis enregistré... non ça ne l'a pas gênée outre mesure. »*

- **La satisfaction variable**

Les internes n'auraient pas tous trouvé le même intérêt pour la méthode. Pour certains, la SODEV aurait été une expérience intéressante.

*E.02 : « Elle l'a dit : « c'est enrichissant », ce sont ses mots. », « On a trouvé ça super intéressant, et elle dit qu'on apprend énormément. », « L'interne pense que c'est à développer dans la formation. »*

*E.09 : « Il a trouvé que c'était intéressant de se voir »*

D'autres n'auraient pas eu de bénéfices et auraient peu participé à la rétroaction.

*E.08 : « J'ai pas l'impression que ça lui ait apporté... qu'en se voyant elle-même, elle s'est dit : « ben tiens, je savais pas que je faisais ça » ou « je n'avais pas fait attention que je me tenais de telle façon » Il n'y a pas eu d'élément de surprise ni d'un côté, ni de l'autre. »*

*E.04 : « Elle m'a dit que dans cette consultation, ça ne lui avait rien apporté. »*

*E.05 : « Elle a regardé et voilà. Plutôt amusée que prête à recevoir la bonne parole de la vidéo... »*

*E.07 : « Elle n'a pas eu grand-chose à dire »*

*E.12 : « Je lui ai demandé, est-ce que toi d'avoir été enregistrée et d'avoir vu le résultat ça te change quelque chose ? Elle ne voyait pas... »*

Mais la majorité aurait souhaité que la SODEV soit testée sur d'autres consultations.

*E.04 : « Plutôt bon je pense parce qu'elle a même proposé : « ben tiens, ça m'apporterait je pense de le faire sur une consultation plus difficile, voir comment je serais » Elle s'est quand même posée des questions : « est-ce que ça m'apporterait quelque chose ? » Elle a trouvé que c'était quand même un outil à exploiter. »*

#### **D - L'influence sur relation superviseur-supervisé**

Les ECA ont témoigné de quelques effets de la SODEV sur leurs relations avec les internes.

- **La confiance réciproque**

Les internes n'auraient pas accepté la SODEV s'ils n'avaient pas eu confiance en leurs ECA.

*E.04 : « Elle m'a dit qu'il fallait vraiment confiance au maître de stage, qu'elle n'aurait pas pu le faire avec tout le monde, qu'il faut qu'il y ait quand même une proximité suffisante, une confiance suffisante avec le maître de stage pour qu'elle le fasse. »*

La SODEV aurait renforcé la confiance de l'ECA en son interne pour le laisser en autonomie.

*E.06 : « ...au début de la phase d'autonomie, pour m'assurer effectivement que quand il est tout seul, tout se passe bien. », « J'ai eu des internes dernièrement où la phase active a été difficile. Donc effectivement dans ces cas précis, la possibilité de filmer des entretiens m'aurait été très utile. Parce que quand ils sont devant nous, ils ont une façon de se comporter qui n'est pas forcément celle qu'ils auront quand ils seront tous seuls. Plusieurs internes m'ont dit, je me sens beaucoup plus à l'aise lorsque je travaille tout seul que quand vous êtes là... moi je peux entendre mais du coup je ne sais pas ce qui se passe quand je ne suis pas là. »*

*E.02 : « Personnellement, cette rétroaction m'a rassuré sur le fait que mon interne est apte à être médecin généraliste. Effectivement, avant je ne pouvais pas le savoir car je ne pouvais pas être la petite mouche pour voir ça. »*

- **L'aisance de l'interne**

Plusieurs témoignages ont rapporté que l'interne était plus à l'aise en SODEV qu'en supervision directe classique avec l'ECA à ses côtés.

*E.02 : « Le fait que j'ai pu voir que, toute seule, elle n'est pas pareil que quand elle consulte avec moi dans la pièce qui la regarde. Ca je le suspectait mais je n'avais pas de preuve. Avec moi, je la trouvais toujours un peu timide ou réservée. Alors là j'ai pu voir que quand elle est toute seule et qu'elle doit gérer sa*

*consultation, elle n'est pas timide, elle fait tout naturellement, spontanément, elle discute beaucoup plus que quand je suis là. Elle gère mieux la consultation. », « Et j'ai vu que, quand je suis là quand elle consulte, en supervision directe, mon influence fait qu'elle est sur la défensive pendant les consultations. Donc, du coup, de la voir seule en consultation, m'a conforté dans le fait qu'elle peut être médecin généraliste. L'influence de cette méthode sur la relation maître de stage-interne est favorable. »*

De plus, un ECA a déclaré que l'interne serait plus autonome durant la consultation filmée. Alors qu'en supervision directe, il n'oserait pas terminer la consultation sans demander à l'ECA son avis.

*E.04 : « Ce que ça m'a apporté c'est de voir son raisonnement clinique jusqu'au bout. Parce que parfois, en supervision directe, l'interne ne va pas jusqu'au bout du raisonnement clinique. On fait la fin de la consultation parfois ensemble parce qu'elle se pose la question : est-ce qu'elle va faire comme moi ? Ou je participe à la décision parce qu'elle est gênée de prendre cette décision alors que je suis là. Alors que là, je l'ai vu aller au bout de sa démarche et prendre sa décision toute seule. »*

### **III - Propositions de stratégies d'utilisation de la SODEV**

Plusieurs ECA ont fait des propositions sur l'utilisation de la SODEV. Ils ont recherché différentes pistes d'amélioration.

#### **A - Sur le moment dans le stage**

La SODEV leurs a semblé avoir peu d'intérêt en fin de stage. Avec les supervisions classiques, ils connaîtraient bien leurs internes et leurs façons de communiquer.

*E.08 : « C'est une consultation qui a eu lieu quasiment le dernier jour du semestre, le tout dernier jour du semestre. Donc j'avais déjà passé beaucoup d'heures avec mon interne pour faire le point sur ce qu'elle a pensé, la façon dont elle voit les choses... une longue séance de supervision indirecte où elle racontait un petit peu les choses donc il y avait un bon climat de confiance donc je pense que... enfin j'ai pas été surpris du tout de ce que j'ai vu. »*

*E.06 : « Là on était en fin de stage, j'avais déjà appris à lui faire confiance et à apprécier ses capacités et donc j'attendais pas de grandes révélations de cette enquête »*

*E.07 : « Ca a été fait à la fin du stage et elle, elle ne va pas en tirer forcément quelque chose et moi non plus par rapport à elle »*

De même, un ECA était contre la SODEV chez les internes autonomes, c'est-à-dire en fin de cursus (SASPAS). Selon lui, la formation aux techniques d'entrevue devrait se faire plus tôt.

*E.12 : « Vis-à-vis du SASPAS je ne suis pas d'accord, je pense que ce n'est ni le bon moment ni la bonne méthode, parce que ce n'est pas en dernier semestre d'internat qu'on doit dépister ça, alors peut être en rattrapage mais ce n'est pas le rôle du SASPAS. »*

Certains se sont demandés s'il n'y aurait pas plus de bénéfiques en milieu de stage. Ils ont émis l'hypothèse que la SODEV pourrait permettre de connaître plus rapidement les besoins pédagogiques de l'interne.

*E.08: « La question qui pourrait se poser est que si ça avait été tout au début du travail, est-ce que ça aurait modifié ma perception, est-ce que ça m'aurait amené à orienter davantage les supervisions indirectes dans une direction ou dans une autre ? »*

*E.07 : « Effectivement la troisième période du stage où elle va commencer à être en autonomie, peut être que là effectivement, le fait de faire cette supervision par vidéo, ça peut permettre de voir et de se dire, « et ben voilà il faut faire comme ça, il faut changer telle pratique... » L'idéal, c'est peut être effectivement de le faire au début de l'autonomie, au début des deux derniers mois. »*

## **B - Sur l'enregistrement vidéo de l'examen clinique**

Beaucoup d'ECA ont regretté que l'examen clinique ne soit pas filmé. Pour eux, il s'agirait d'un moment intime avec le patient et propice à l'échange. Il y aurait beaucoup d'informations sur la communication verbale et non-verbale pendant l'examen.

*E.08 : « C'est un bon choix que l'examen ne soit pas filmé mais au moment de l'examen il y a énormément d'échanges non verbaux encore plus que pendant l'interrogatoire où la parole est très présente », « il y a beaucoup de choses à apprendre, la façon dont un patient se déshabille où on regarde pas..., la façon de réaliser un geste d'examen clinique et puis toute la sollicitude qui va pouvoir être manifestée sur un corps souffrant qui sont importants. »,*

*E.01 : «L'interne a noté que le fait de couper la caméra pendant l'examen clinique, ça coupe une grosse partie de la consultation parce qu'il y a beaucoup de pertes sachant qu'en même temps qu'on examine, on interroge. »*

*E.02 : « Ca peut être intéressant de voir l'examen. Ceci dit, on entend quand même un peu de l'interrogatoire pendant l'examen, on sait s'il y a une rupture de la communication ou pas. »*

*E.03 : « Il y a beaucoup de communication pendant l'examen car on est plus proches... »*

Leurs avis ont été partagés sur le choix de ne pas filmer l'examen clinique.

*E.03 : « Et c'est vrai que ça pourrait se faire. Bon peut être pas tout le temps pour des côtés d'intimité, effectivement, mais c'est vrai qu'on pourrait le demander à*

*certains patients, effectivement, si on peut filmer, tourner la caméra. Je pense que c'est important parce qu'il se passe des choses pendant l'examen... si ce n'est pas un examen trop intime pour le patient, ça peut être fait. »*

*E.08 : « Je suis d'accord sur le fait qu'il est extrêmement délicat de demander aux gens de les filmer quand ils se déshabillent car ils pourraient être gênés. C'est la partie qui m'intéresserait le plus en fait qui va nous échapper. »*

### **C - Sur le type de consultation**

Certains médecins ont trouvé que les consultations « simples » étaient moins intéressantes pour un travail sur le relationnel que les « complexes » :

*E.08 : « C'est une consultation qui ne présentait pas de problèmes majeurs... qui ne présentait pas de difficultés... Peut être que sur une consultation plus compliquée, plus difficile à réaliser, j'aurais appris plus de choses. »*

*E.04 : « C'était une consultation facile. Sur le plan du fond, il n'y avait pas de soucis particulier et sur le plan de la forme, de la communication, je l'ai trouvé telle que je la connaissais. »*

Selon eux, le risque de problème lors d'une consultation « complexe » augmenterait et la rendrait plus intéressante.

*E.08 : « Je pense que ça peut se faire... sur des patients qui vont avoir des plaintes que l'on appelle parfois psychosomatiques ou des plaintes mal définies, des souffrances importantes ou des consultations pour un problème comme une névrose par exemple, une dépression... le non verbal est important »*

*E.04 : « Il faudrait peut être le renouveler pour savoir sur une consultation plus difficile si ça serait pas plus intéressant. »*

*E.09 : « On a de temps en temps des malades difficiles soit exigeants, soit psychiatriques, soit en difficultés qui agressent le médecin et ça serait intéressant dans ces cas là de se filmer pour voir comment nous nous comportons face à ces gens là. Voir si on peut s'améliorer, si ce qu'on fait est déjà pas mal ou si c'est nul. »*

Alors que pour d'autres ECA, la caméra dans une consultation complexe pourrait gêner la relation médecin-malade.

*E.08 : « Je pense que chez un patient qui est très interprétatif, il peut se sentir observé, surveillé, ça peut modifier tout à fait la consultation »*

*E.02 : « Quand ta consultation roule bien, ça va, tu ne penses pas à la caméra, mais quand ça bloque, que t'es en difficulté, tu penses à tes difficultés et en plus à la caméra. Tu te dis « Mince, en plus il y a la caméra » Du coup, tu ne penses plus qu'à la caméra, tu te dis « comment je vais m'en sortir, il faut que je m'en sortes la tête haute ». T'es envahi par ces pensées. »*

*E.04 : « Si c'est une consultation difficile peut être que le patient sera moins volontaire parce que c'est pour lui difficile. »*

*E05 : « Non, j'ai eu une consultation difficile que j'ai faite moi aujourd'hui. Je savais que c'était pas facile... une vidéo aurait été refusée par le patient. J'aurais*

*même pas proposé, ça ne me serait même pas venu à l'idée. Il a déjà son blocage, je ne peux pas lui rajouter un truc supplémentaire. »*

Un cabinet a filmé la consultation d'une patiente anxieuse. L'ECA craignait que la caméra augmente l'anxiété de la patiente mais, selon lui, elle n'aurait pas été gênée.

*E.03 : « J'avais plus peur pour la patiente qui était anxieuse. Elle était encore plus anxieuse que d'habitude parce qu'elle était en retard, elle était en retard parce qu'elle avait des soucis. Et elle était tellement anxieuse qu'elle n'a même plus vu la caméra. »*

## **D - Sur la fréquence des SODEV**

La majorité des ECA a trouvé que la SODEV avait peu de bénéfices sur une seule consultation. Plusieurs ont déclaré que cette méthode aurait un intérêt s'ils supervisaient plusieurs consultations dans le stage.

*E.01 : « A mon avis, il faudrait tester sur plusieurs consultations tout le long du stage. Sur une on n'en tire pas beaucoup. Ca a un intérêt si on multiplie les consultations et si on prend les choses intéressantes de plusieurs consultations. Parce que là, la consultation était simple. Mais dans le temps, on peut choisir des patients compliqués, des situations compliquées et on voit ce qui se passe. »*

*E.08 : « Après dire qu'il n'y a aucun avantage... je pense qu'il faut être très prudent parce que... c'est difficile de faire une règle générale, de ce qu'on observe ou de ce qu'on n'observe pas d'une seule consultation... Faire plusieurs consultations pour évaluer effectivement s'il y a ou pas avantages. », « Ca pourrait éventuellement être testé sur d'autres consultations. Mais des consultations un petit peu plus prolongées. »*

*E.05 : « Sur cette consultation, on en n'a rien tiré. Sur une autre ou à un autre moment ça pourrait. »*

*E.04 : « je suis un peu restée sur ma faim, je me dis que peut être une autre situation ça m'aurait apporté peut être plus et ça aurait apporté à l'interne aussi. »*

Certains ont pensé qu'il n'y aurait pas non plus d'intérêt à filmer tout le temps mais que la meilleure fréquence pour la SODEV pouvait être une utilisation au début, au milieu et en fin de stage.

*E.09 : « Je ne pense pas que ça amène quelque chose de filmer en continu. », « Mais de filmer de temps en temps, une au début comme on l'a fait puis au milieu puis en fin de stage, c'est peut être intéressant »*

*E.02 : « J'ai dit à l'interne : « et si on en faisait 3 dans le semestre, qu'est ce que t'en penserait ? », elle m'a répondu : « 3, c'est parfait ». »*

## **E - Sur l'interne**



Certains ECA n'ont pas souhaité l'utiliser avec tous les internes. Certains préféreraient s'en servir qu'avec les internes timides qu'ils ont du mal à évaluer.

*E.06 : « Par contre je suis là, c'est vrai je biaise un peu des choses. Il y a des internes qui m'ont dit votre présence me gêne. Pour certains internes, si j'avais une possibilité de dire : « là j'aimerais bien qu'on puisse bénéficier de la caméra », je pense que je le ferais. Il y a d'autres internes pour qui je pense je n'en ressentirai pas le besoin mais voilà, si on avait cette possibilité à la demande pour certains internes et pour certains moments précis, je pense que ça serait bien. »*

*E.04 : « Oui pour essayer à nouveau, pour voir si ça apporte quelque chose et peut être selon l'interne. En fonction de... si vraiment l'interne est très gênée par la supervision directe, si elle se sent vraiment mal à l'aise, peut être que ça serait un plus d'avoir une caméra pour voir comment ça se passe réellement et pouvoir en discuter avec l'interne. »*

D'autres veulent l'utiliser avec les internes chez qui ils ont détecté des problèmes de communication.

*E.10 : « Je pense que ça peut être intéressant si on a identifié chez un interne un problème de communication. C'est-à-dire qu'on a un interne qui ne sait pas, qui ne fait pas, voilà, est-ce que c'est un problème de relation ?, de...on ne sait pas. L'intérêt que moi je vois à cette méthode là, c'est quand on n'arrive pas à savoir si l'interne a une bonne relation médecin-malade. »*

*E.11 : « Il ne faut pas l'utiliser systématiquement. Par exemple, on a des retours de malades qui disent qu'il y a eu des problèmes, je me dis : « peut être que ça vient des malades ? est-ce que c'est vrai ? est-ce que ça ne vaudrait pas le coup de voir comment se comporte l'interne ? », à ce moment là ça vaudrait le coup de le faire. »*

## **F - Sur le style de rétroaction**

Les ECA ont eu chacun un style de rétroaction différent :

- **L'échange de pratique**

Certains ont considéré la rétroaction comme un échange avec l'interne, une discussion.

*E03 : « On a discuté, il y avait un échange d'idées. »*

*E03 : « Ca fait participer l'interne aussi et ça c'est important.. »*

Ils ont dit que la rétroaction leur permettait d'enrichir leur pratique.

*E08 : « Je ne sais pas identifier certaines différences qui sont sans doute importantes et certains points que je pourrais éventuellement intégrer dans ma propre pratique pour l'enrichir et vice versa. J'imagine que ça c'est le genre d'information qu'on peut recueillir à travers un film »*

*E04 : « Après je repère des particularités de son caractère, de sa façon d'être...mais je le prends comme des différences qui sont plutôt constructives »,*

« C'est vrai que ça peut permettre aussi au maître de stage de réfléchir à sa manière de faire. »

- **La relation d'aide**

La rétroaction était apparentée à une aide pour d'autres ECA. Ils ont guidé l'interne en fonction de ses besoins. Ils ont fait attention à ne pas juger et à mettre en avant les choses positives.

*E04 : « J'ai plutôt l'impression de recueillir la façon dont ils voient les choses, ça les fait réfléchir. Après en revoyant le problème à distance, ça les fait réfléchir sur la façon dont ils ont géré la situation et ils trouvent souvent leur solution à eux. », « J'ai l'impression que l'interne sait trouver ses solutions, moi je suis plutôt un guide... rires... un guide ça fait un peu religieux peut être... »*

*E03 : « C'est une façon de les aider à faire une autocritique d'eux même positive. »*

*E.11 : « Si on veut aider l'interne à s'améliorer quand il semble y avoir un problème, on lui dit : « voilà ce que je peux te proposer. Pour avoir une idée des difficultés que tu rencontres, hé bien c'est voir comment ça se passe et c'est déceler les problèmes existants et puis ensemble on peut peut-être trouver les solutions pour les résoudre. ».*

- **L'évaluation**

La rétroaction a été pour d'autres un moment dédié à l'évaluation des compétences en communication de l'interne.

*E.07 : « Bien oui, là effectivement tu as bien mené ta consultation, là tu l'as moins bien menée »*

*E.06 : « J'ai pu apprécier effectivement sa façon de savoir poser les questions pour faire ressortir des antécédents, les signes d'accompagnement, les choses qui n'avaient peut être pas été dites d'emblée par le patient »*

*E.01 : « Ça permet de voir s'il fait l'interrogatoire comme il faut »*

## **G - Sur l'association à d'autres outils**

Certains ECA ont proposé de compléter la SODEV par d'autres outils pédagogiques.

- **Etablir avec l'interne des objectifs pédagogiques a semblé plus pertinent pour certains.**

*E03 : « Avec peut être des objectifs parce que si on le fait plus souvent, on peut, peut être, avoir noté des détails et voir si elle le reproduit la fois suivante. », « Des objectifs sur le ton de la voix, sur la position des mains, voilà. Après on trouvera certainement d'autres choses à force de l'utiliser »*

- **Le visionnage des séquences du film les plus intéressantes ou de celles qui correspondent aux objectifs pourrait être plus efficace.**

*E.03 : « Il faut faire qu'une partie de la consultation pour pouvoir pas regarder toute une consultation entière. Filmer tout mais regarder et se concentrer que sur une partie de la consultation. Il vaut mieux en faire moins mais de qualité. »*

*E. 01 : « Et puis aller prendre chaque chose intéressante dans chaque consultation. Parce qu'il y a des choses intéressantes dans chaque consultation pour faire la critique. »*

- **L'analyse de la vidéo avec un guide sur la communication pourrait être facilitée.**

*E08 : « Mais je pense que le fait de travailler par exemple avec une grille...tu utilises ça pour apprendre à repérer les différents moments de la consultation, si on les fait ou on les fait pas... parce qu'il y a un déroulement logique, en fait on fait pas toujours selon ce déroulement logique »*

*E04 : «Pour aller plus loin dans la communication, peut être qu'il faut avoir quelque chose de cadré pour aller plus loin et pour pouvoir l'aider, et le maître de stage aussi en même temps... », « Bien je n'étais pas très à l'aise, car je n'avais pas de grille, je ne savais pas sur quoi la juger... enfin la juger... l'évaluer ou sur quoi discuter avec elle. »*

Les avis des ECA ont été partagés sur leur capacité à superviser une séance de rétroaction sur la communication. Certains se sentaient formés et capables :

*E.02 : « J'ai fait des séminaires sur la com, sur la relation, sur l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique...Donc je me sens capable de faire avec l'interne une rétroaction sur la com. Peut-être que spontanément, j'ai une bonne com, mais je pense que je l'ai vachement améliorée avec ces séminaires. Du coup, je peux facilement en parler, je sais mettre des mots sur des blocages, des manières de faire. »*

*E.03 : « Quand on veut faire de la pédagogie, on aime ça. »*

*E.01 : « En tant que maître de stage, comme formateur, c'est intéressant. »*

D'autres ont exprimé leur malaise lié au manque de **formation** sur la communication. Ils souhaiteraient être formés sur la communication et la SODEV.

*E.04 : « Et puis par contre j'étais un peu mal à l'aise pour juger en plus parce que je n'avais pas de grilles pour juger, je n'avais pas de support, donc c'était avec mes connaissances qui ne sont pas parfaites, avec ma sensibilité... », « Juger...je n'avais pas en plus de support concret, c'était plus du feeling, donc c'est un peu difficile de juger quelqu'un sur du feeling. »*

Enfin, certains ECA ont pensé s'entraîner à la SODEV en se filmant d'abord eux-mêmes et en s'auto-évaluant.

*E.09 : « C'est quelque chose qui peut s'appliquer à tout médecin, tout maître de stage, tout agrégés, de se regarder un peu et de voir comment on est. », « Je m'étais posé la question personnellement de me filmer moi pour voir un peu ce que ça donnait. »*

# DISCUSSION

## I - Sur nos résultats

Plusieurs avantages et inconvénients de la SODEV ont émergé des résultats. En essayant la SODEV, les ECA les ont vécu et cela renforce la validité de ces résultats.

Cependant, la majorité a testé la SODEV que sur une seule consultation. Cette faible expérience limite ces résultats.

### A - L'aspect pratique de la SODEV : avantages et inconvénients

#### A1 - Au niveau de l'information et de la liberté de consentement

Les ECA ont donné leurs points de vue sur l'acceptabilité de la SODEV pour le patient et pour l'interne. Bien que l'étude ne permette pas d'en juger, elle donne des pistes de résultats.

Les patients auraient accepté facilement la caméra. Ceci va dans le sens de l'étude de l'étude de Campbell et Murray où ils affirment que 90% des patients interrogés donnent leur consentement<sup>28</sup>.

Pour ces auteurs, le patient consent à la SODEV s'il a reçu une information sur l'utilisation du film<sup>28</sup>. On le retrouve dans nos résultats. Un ECA a jugé que les patients auraient eu une double motivation pour donner leur consentement :

- **Le fait de participer à la formation de l'interne**
- **Le fait de connaître l'utilisation du film**  
Leur médecin traitant a vu la vidéo puis l'a effacée  
Ce regard du médecin sur la consultation les aurait rassurés. Il est possible qu'ils l'aient considéré comme un « deuxième avis médical », et aient été d'autant plus rassurés que le « premier avis » avait été donné par un étudiant.

On peut se demander si les patients accepteraient plus facilement de consulter l'interne si la consultation était filmée et revue en rétroaction.

Il y a cependant deux limites à ces résultats :

- **L'influence du moment où le patient est informé sur son consentement :**  
Au cours du recrutement des ECA, deux ECA n'ont pas participé à l'étude car aucun de leurs patients n'y consentait. Dans un cabinet les patients informés par la secrétaire lors de la prise de rendez-vous ont

tous refusé, alors qu'un patient a accepté lorsque le médecin lui a demandé en salle de consultation.

- **La sélection des patients :**  
Certains ECA ont sélectionné les patients. Ils ont demandé aux patients les plus enclins à accepter. Il y a eu un biais de sélection.

Ces résultats posent la question du réel consentement des patients : accepteraient-ils librement ou cèderaient-ils à une forme de pression ?

Certains auteurs affirment que la grande majorité des patients ne souhaite pas se faire filmer<sup>29</sup>, qu'ils seraient mal à l'aise durant la consultation et que la vidéo est intrusive et un abus de la relation médecin-patient<sup>30</sup>. Dans 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<sup>29</sup>. 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<sup>31</sup> et à 10% lorsqu'on le demande au patient par courrier à leur domicile.

De même, pour le consentement de l'interne, les ECA n'ont pas déclaré de problème. Toutefois certains internes auraient eu peur du jugement ou de ne pas être naturels durant la consultation. Connaissant ces peurs, leur consentement était-il libre ou de complaisance ?

Il n'y a que les patients et les internes qui peuvent dire si le consentement était libre et éclairé. Il serait intéressant d'étudier dans une étude l'acceptabilité de la méthode par le patient et l'interne.

## **A2 - Au niveau des difficultés logistiques**

- **La technique**

Les résultats montrent que la mise en place du matériel vidéo pour l'enregistrement a été rapide mais qu'il y a eu des problèmes techniques.

Les deux principaux étant : le mauvais son et les difficultés pour visionner le film sur l'ordinateur. L'ajout d'un micro sur la caméra réglerait le problème du son. Le problème pour le visionnage du film a été corrigé au cours de l'étude en modifiant la définition de l'image. En filmant en basse définition, les différents logiciels d'ordinateur pouvaient lire le film.

Quasiment tous les groupes de stage n'ont filmé qu'une seule consultation. Ce résultat peut être lié au fait que c'était une première fois. Il est possible, qu'après quelques séances, ils filment plusieurs consultations, l'expérience diminuant les problèmes techniques.

*E.02 : « Pour après je pense qu'une fois que tu sais où installer ta caméra, ça va vite. »*

Il est à noter que le coût financier du matériel peut être un frein. Dans notre étude, nous avons prêté le matériel vidéo aux praticiens, ce qui biaise les choses. Nous ne pouvons pas savoir si les praticiens utiliseraient la SODEV s'ils devaient acheter le matériel.

- **L'organisation de la rétroaction**

La durée de la rétroaction a été le principal inconvénient de la SODEV. C'est un frein à son utilisation et un des principaux obstacles retrouvés dans la littérature<sup>24</sup>. Certains ECA ne souhaitaient pas l'intégrer dans leurs enseignements et d'autres ne pensaient pas avoir le temps pour l'utiliser régulièrement. Dans la majorité des cas, ils ont trouvé que c'était le fait que la supervision soit précédée du visionnage qui rajoutait du temps.

La littérature sur la SODEV au Canada<sup>25</sup> donne des moyens pour alléger cette contrainte :

- La planification de la rétroaction:

C'est libérer un temps dans le planning de l'étudiant et de l'ECA pour la rétroaction.

Il est préférable de planifier un temps suffisamment long quitte à ne pas tout l'utiliser, plutôt que d'être en retard et de se presser. Dans les universités canadiennes, sur un stage, huit demi-journées sont réservées à la SODEV, avec trois consultations par demi-journée<sup>25</sup>.

- L'utilisation de la glace sans tain ou le visionnage en direct sur un moniteur.

La plupart des pays qui pratiquent la SODEV sont bien équipés au niveau technique. Leurs ECA regardent en direct la consultation de l'interne sur un écran ou à travers une glace sans tain. Ils proposent à l'interne de la regarder seul après. Pendant la rétroaction, ils ne regardent ensemble que les passages qui posent problèmes ou qui peuvent servir d'exemples<sup>25</sup>.

Ce système permet de gagner du temps mais rajoute une autre contrainte technique avec la nécessité d'avoir des locaux adaptés et le matériel.

La meilleure solution semble être la planification par les ECA d'un temps pour la SODEV. Dans cette étude, certains semblent prêts à adapter leur organisation. Tandis que pour d'autres, cette contrainte constitue un véritable frein.

La supervision est un devoir des ECA, cela fait partie de leur fonction. L'analyse des entretiens fait penser que la supervision ne serait pas une priorité face à la charge de travail. Pour favoriser l'enseignement, il semble indispensable que la faculté rappelle aux ECA leur rôle, les forme à la supervision et les aide à s'organiser.

## **B - La méthode pédagogique : avantages et inconvénients**

### **B1 - L'enseignement de la communication**

La SODEV a été considérée par les ECA comme une méthode spécifique pour la formation à la communication grâce à trois fonctions:

- **L'analyse des éléments de communication**

Le film aiderait à l'analyse des éléments de communication comme les techniques d'entretien, la structure et le non-verbal, incluant le rythme de la consultation et l'intonation. C'est probablement lié à deux caractéristiques de la SODEV :

- La technique :

La vidéo permet de faire des pauses, des ralentis, des accélérés lors du visionnage du film afin de pouvoir voir les détails.

- La supervision directe « en différée » :

En supervision directe classique, le médecin est davantage focalisé sur le patient et sur la prise en charge car il voit la consultation en temps réel et le patient est en face de lui. En SODEV, il la voit en différée, il n'est sûrement pas focalisé sur la fin de la consultation car celle-ci est déjà finie. Il peut se concentrer sur la communication sans être parasité par la question « comment terminer la consultation? ».

- **L'exemple vidéo**

Le film peut être utilisé comme exemple pour appuyer l'enseignement des ECA. L'enseignement serait plus facile avec des exemples illustrant les propos. D'ailleurs, lors de formation à la communication, il est conseillé aux enseignants d'utiliser des exemples vidéo afin de susciter des réactions des étudiants<sup>16</sup>.

- **L'autocritique de l'interne**

Plusieurs ECA ont parlé de **miroir** pour l'interne. En s'observant travailler, il peut prendre du recul sur lui-même, sur sa pratique et s'évaluer. L'autocritique l'inciterait à avoir **une démarche réflexive** : l'observation de l'effet de ses propres actions le rendrait en mesure de les modifier au moment d'en faire de nouvelles<sup>20</sup>. Son opinion sur lui-même semblerait produire plus d'effet que l'opinion de l'ECA. De plus, l'autocritique pourrait renforcer sa confiance sur ses propres compétences.

Des anciens étudiants ayant eu la SODEV au cours de leur formation ont affirmés que les conditions nécessaires pour la réussite de la SODEV sont :

- L'attitude d'ouverture et d'implication des étudiants à faire la critique et à entendre des critiques<sup>32</sup>.

- La reconnaissance de l'autocritique de l'interne : c'est-à-dire qu'avant tout commentaire, les superviseurs laissent à ce dernier l'opportunité d'identifier lui-même les points forts et les points faibles de son entrevue<sup>16,32</sup>.

## **B2 - L'évaluation de la communication**

Beaucoup d'ECA ont mis l'accent dans leur interview sur la fonction « évaluation » de la SODEV : ils ont jugé l'interne sur ses compétences en communication. Pour les ECA en SASPAS, qui font de la supervision indirecte, c'était quelque chose de nouveau car l'évaluation est souvent plus difficile pour eux sans l'observation de l'interne.

L'évaluation aide l'ECA à repérer les difficultés de l'interne et à fixer avec lui des objectifs pédagogiques<sup>25</sup>. Elle semble plus objective car l'ECA a plus de recul pour observer l'interne.

### **B3 - La balance avantages/inconvénients**

Les opinions sur la balance avantages/inconvénients de la SODEV donnent une idée de l'intérêt des ECA pour la SODEV. Cette balance était variable d'un ECA à l'autre.

Pour certains, elle était positive, les avantages étaient supérieurs.

*E.03 : « Les avantages sont quand même supérieurs. Pour l'intérêt de l'interne, le côté pertinent de l'amélioration de son comportement est largement supérieur aux inconvénients. Les inconvénients sont plus pour le médecin : l'organisation...mais quand on veut faire de la pédagogie, on aime ça. Il y a des avantages pour le médecin. »*

Pour d'autres, elle était négative. Ils n'ont pas trouvé de bénéfice pour l'évaluation des compétences en communication par rapport à la supervision classique et ses inconvénients étaient supérieurs.

*E.05 : « Comme il y a une petite contrainte et pas trop de bénéfice la balance dont on parle aujourd'hui n'est pas très positive. »*

Cette différence de points de vue sur l'intérêt de la SODEV est en soit un inconvénient : la méthode ne fait pas l'unanimité

Mais, ce résultat est limité par le fait qu'ils n'ont supervisé qu'une seule consultation. C'est très peu pour juger de l'intérêt d'une méthode.

Un autre point de discussion est la différence des points de vue des ECA sur les objectifs de la formation à la communication :

- La majorité a considéré la méthode comme une évaluation de l'interne en bon ou mauvais communicant. Et cette évaluation n'a pas semblé suivie de pédagogie. Leur vocabulaire était d'ailleurs assez pauvre sur la communication.

- D'autres ECA ont souhaité détailler la communication en analysant par exemple le non-verbal. Leur supervision a semblé plus orientée sur l'analyse. Cependant, nous n'avons pas retrouvé dans le verbatim le vocabulaire correspondant aux principales techniques de communication (l'écoute, l'empathie, l'ECP...).

On peut s'interroger sur la maîtrise des techniques de communication des ECA. Certains ont même témoigné de leur manque de formation sur la communication.



*E.04 : « Mais c'est vrai que si il y avait eu des soucis dans la communication, j'aurais été gêné, qu'est ce que je lui aurais dit ?, comment ?, sur quoi je vais me baser ?, est-ce que j'ai les connaissances nécessaires ? Je me suis remis beaucoup en question sur mes connaissances, ma capacité à analyser une vidéo. Je n'étais pas sûr d'être capable de le faire et de lui apporter de l'aide... »*

Ces difficultés pour l'analyse de la communication pourraient diminuer l'intérêt des ECA pour la SODEV et être un frein à son utilisation.

La majorité des ECA a élaboré des stratégies pour réagir à ces difficultés :

- La formation :

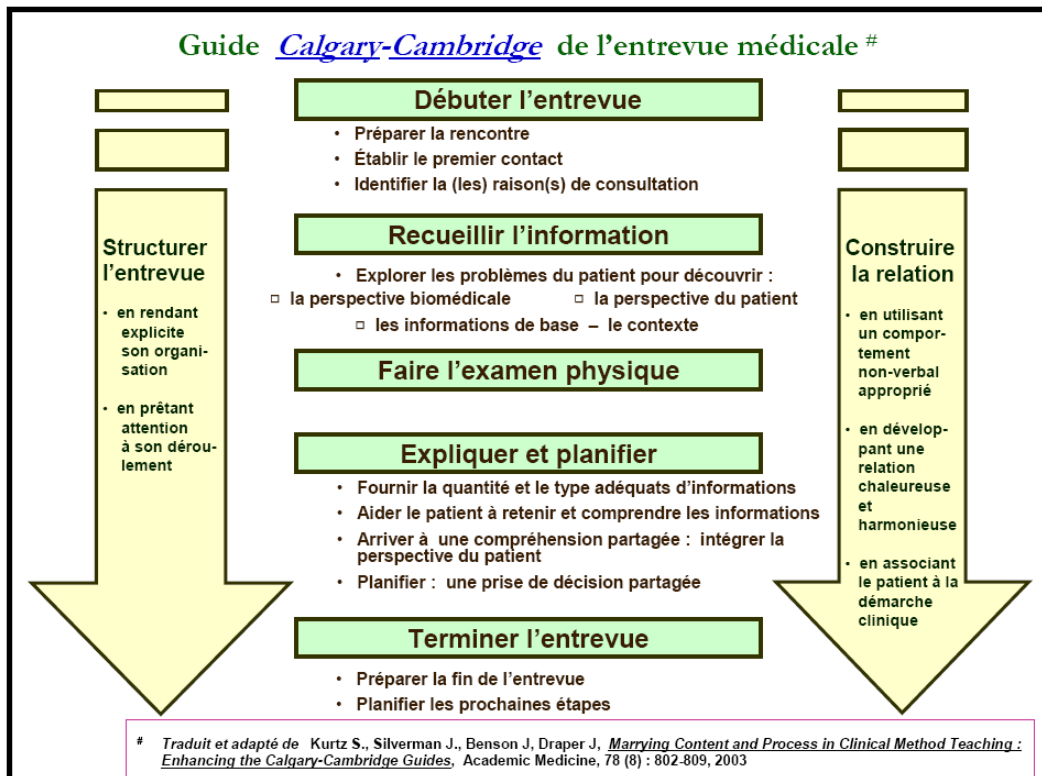
La plupart sont volontaires pour se former, que ce soit à la supervision dans le cadre de la SODEV ou à la communication. Cependant, ils souffrent tous d'un manque de temps.

*E.03 : « C'est un plus qu'on a besoin d'apprendre nous aussi à exploiter. »*

- L'utilisation de grilles de lecture de la consultation

*E.04 : « Bien je n'étais pas très à l'aise, car je n'avais pas de grille, je ne savais pas sur quoi la juger... enfin la juger... l'évaluer ou sur quoi discuter avec elle. »*

Les grilles de lecture font partie des guides d'entretien qui se sont développés depuis 20 ans. Ces guides décrivent les compétences en communication à développer à chaque étape de la consultation<sup>1,13,14,15</sup>. Un de ces guides est le Calgary-Cambridge<sup>1</sup>. Il fait appel à un plan simple de la consultation en cinq étapes avec une série de tâches élémentaires à accomplir à chaque étape.



Afin de favoriser l'utilisation de la SODEV, les ECA devraient être sensibilisés à la communication et formés à son enseignement.

Si « évaluation et formation de l'interne » arrivent à se mêler, la SODEV pourrait devenir une véritable méthode pédagogique.

#### **B4 - La satisfaction variable des internes sur la SODEV**

La satisfaction des internes sur la SODEV aurait été variable : certains auraient trouvé la méthode intéressante, d'autres n'auraient pas été à l'aise pendant la rétroaction. Ces résultats sont à modérer car il s'agit de points de vue rapportés par les ECA.

Différentes études montrent que les étudiants sont plutôt favorables à l'utilisation de la SODEV dans leur formation<sup>32,33,34</sup>. La SODEV les aurait aidé à mieux se connaître<sup>32,33</sup>, à comprendre l'importance de l'écoute<sup>33</sup> et à avoir une approche centrée sur le patient<sup>32,33,19</sup>.

Des étudiants canadiens ont décrit la SODEV comme quelque chose de menaçant au début de leur formation<sup>32,33</sup>. Celle-ci génèrerait une anxiété de performance et les amènerait à se regarder et à se laisser regarder tels qu'ils sont<sup>32</sup>. Nos résultats ont montré également cette peur du jugement.

De plus, quasiment tous les internes ont été gênés de se voir à l'écran, ceci est retrouvé dans une autre étude<sup>32</sup>. Cette gêne est probablement passagère et peut être atténuée par la répétition des séances.

Il est possible que la gêne et la peur du jugement aient influencé le degré de satisfaction des internes. Dans l'étude de 2001 de Cayer et autres<sup>32</sup>, d'anciens étudiants ont témoigné que l'anxiété liée à la SODEV disparaissait à mesure que la relation de confiance et de non-jugement avec le superviseur se développait.

Il serait intéressant de compléter l'étude par une enquête de satisfaction des internes ayant testé la SODEV.

#### **B5 - Sur la relation superviseur-supervisé**

La SODEV entraînerait au début une gêne chez l'étudiant par son exposition à son propre regard et au regard de son maître de stage. Par conséquent, certains décrivent qu'ils ont besoin d'avoir **confiance en l'ECA** pour faire la supervision. Nous le retrouvons dans la littérature<sup>32</sup>, des étudiants canadiens interrogés déclarent que la première condition facilitant la SODEV est un climat de confiance et de respect avec le superviseur.

La relation de confiance et de respect est importante pour le bien-être de l'étudiant mais facilite aussi l'enseignement<sup>20</sup>. En effet, selon Bouchet et autres<sup>25</sup>, la relation superviseur-supervisé est propice à l'enseignement des qualités aidantes pour le patient : authenticité, empathie, respect. En étant une **relation d'aide**, elle permet la transmission des connaissances mais aussi le développement personnel du supervisé.

Il est essentiel de reproduire en supervision un modèle relationnel analogue à celui demandé à l'interne dans ses rencontres avec le patient. Le superviseur doit s'efforcer de créer avec l'interne un climat de confiance empreint d'empathie, d'authenticité et de respect. En créant avec l'interne une relation comparable à la relation médecin-patient, l'interne n'est pas confronté qu'à un modèle théorique de cette relation. Il l'expérimente dans le cadre de ses échanges avec son superviseur.

La relation est **empathique** dans le sens où le superviseur identifie, traduit et reflète les émotions de l'étudiant face à la séance de supervision.

**L'authenticité** réfère aux émotions du superviseur qui découlent des échanges. Le superviseur doit les reconnaître et les partager au besoin avec l'étudiant. Les émotions du superviseur reflètent souvent à l'étudiant les émotions du patient et aident l'étudiant à en prendre conscience.

**Le respect** du superviseur se traduit par l'acceptation de l'étudiant tel qu'il est. C'est également accepter les propres valeurs de l'étudiant.

D'autres auteurs parlent de **relation centrée sur l'étudiant**<sup>35</sup>, en comparaison à la relation centrée sur le patient. La relation superviseur-supervisé est un partenariat. Le superviseur et son étudiant réfléchissent ensemble aux besoins de l'étudiant et aux moyens de s'améliorer en tenant compte de sa personnalité, de son histoire, de sa psychologie. Afin d'être centré sur l'étudiant, le superviseur encourage l'étudiant à donner son point de vue, le guide dans son raisonnement, répond à ses questions, critique son comportement et non sa personne, lui donne des exemples parlants. L'étudiant garde en main sa formation tout comme le patient demeure garant de sa propre santé.

Les étudiants sont plus satisfaits lorsque le superviseur est centré sur l'étudiant et qu'il adapte sa supervision à sa personnalité et à ses besoins<sup>32</sup>.

Il ressort de l'étude que la SODEV faciliterait **la confiance de l'ECA envers son interne**. Certains ECA ont vu, sur le film, les capacités de leur interne à gérer une consultation. Ils auraient été rassurés pour leurs confier leurs patients. En stage UPL, la SODEV pourrait faciliter le passage en autonomie de l'interne.

Certains ECA ont dit que des internes étaient différents quand ils consultaient ensemble. Il y aurait un malaise de l'interne lorsqu'ils seraient présents. Laisseraient-ils une place suffisamment importante aux internes pendant la consultation ? Leur permettraient-ils de s'exprimer facilement ?

Le questionnement des ECA sur les causes de ce malaise pourrait améliorer la relation superviseur-supervisé. La qualité de la supervision dépend de la relation superviseur-supervisé et la répétition de la supervision crée la relation<sup>20</sup>.

Pour un ECA, la SODEV aurait **aidé à la discussion** sur problème relationnel alors qu'il échouait en supervision classique.

Les problèmes relationnels en consultation sont toujours délicats à aborder car ils concernent l'intime, le ressenti, le rapport aux autres. De plus, ils peuvent refléter des problèmes relationnels dans la vie personnelle, ce qui n'est pas facile à accepter. La SODEV semblerait faciliter ce dialogue.

## **C - Propositions de différentes stratégies d'utilisation**

Les ECA ont envisagé différentes pistes d'utilisation de la SODEV afin de l'améliorer en modifiant le moment, la fréquence, le type de consultation, le nombre de séances... Toutes leurs propositions sont pertinentes et peuvent se compléter. Il serait intéressant de les évaluer.

### **C1 - Au sujet du moment où il est le plus utile d'utiliser la SODEV**

La SODEV en fin de stage aurait moins d'intérêt. Après six mois de supervision classique, les ECA ont affirmé qu'ils connaissaient le relationnel de l'interne.

On peut se demander si en début de stage, la SODEV permettrait d'évaluer plus vite l'interne et d'orienter la pédagogie.

Par ailleurs, en fin de stage, l'interne est expérimenté et il ressent moins le besoin de formation sur la structuration de l'entretien, les compétences relationnelles...

Les quatre SODEV que nous avons fait en début de stage ne nous ont pas permis de répondre à cette question car, en ayant supervisé qu'une seule consultation, les ECA n'avaient pas assez de recul pour y répondre.

### **C2 - Au sujet du type, du nombre, de la fréquence des SODEV**

Il est logique de penser que la SODEV pourrait être plus efficace si on multipliait les consultations. En revanche, au bout d'un certain seuil, trop de SODEV pourrait ne pas apporter plus.

Un des avantages de la méthode est qu'elle semble modulable en fonction de l'ECA et de l'interne : elle pourrait se proposer régulièrement si l'interne était à l'aise et s'investissait, elle pourrait être utilisée avec des objectifs ou avec des consultations difficiles...

### **C3 - Au sujet du type d'interne**

Quelques ECA souhaitaient utiliser la SODEV qu'avec des internes ayant un problème de communication. Ce choix est plutôt restreint et enlève aux autres internes la chance de s'auto évaluer, de mieux se connaître, de prendre confiance en eux et de s'améliorer.

## **II - Sur notre travail**

### **A - Choix de l'axe de travail**

Étudier tous les aspects de la SODEV semblait impossible dans un travail de thèse. Il fallait choisir un axe d'approche, en gardant en tête que l'intérêt de cette étude devait être à la fois de montrer l'intérêt de cet axe, mais aussi de servir de point d'accroche à d'autres études.

Pour une première étude, il était intéressant connaître le point de vue sur la SODEV des ECA car ils forment les étudiants et ils peuvent être le moteur de sa mise en place.

### **B - Choix de la méthodologie**

L'enquête par entretiens semi directifs semblait de loin la meilleure solution, les entretiens devant garder pour une première étude un caractère très libre. Aucun questionnaire n'aurait pu rendre compte de la diversité de ce que l'on pensait retrouver.

Le choix de faire tester la SODEV aux ECA s'est imposé dès le départ car leur point de vue devenait plus pertinent. Il ne s'agissait pas d'idées reçues.

Le consentement libre et éclairé des personnes a été respecté.

Les personnes filmées, les internes et patients, ont lu la fiche d'information avant de donner leur consentement. Ils ont reçu aussi des informations orales de leur médecin. Ils ont tous signé un consentement écrit.

De plus, il a été fait attention au respect du secret médical. Les films des consultations ont été vus que par les médecins et les internes. Aucun film n'a été conservé, ils ont été effacés de la caméra après l'utilisation.

### **C - Limites et biais**

Ces résultats sur les avantages et les inconvénients de la SODEV ne peuvent pas faire extrapoler sur la faisabilité car il s'agit d'une étude qualitative.

De plus, bien que nous soyons à saturation des données, il serait intéressant de refaire une étude avec des ECA expérimentés en SODEV afin de rechercher une différence ou une confirmation de ces résultats.

L'étude a plusieurs biais :

- **Biais de sélection**

La sélection de la population a été arbitraire. Ce biais est mieux accepté dans le cadre de la recherche qualitative que dans la recherche quantitative où ceci est totalement banni. Ceci a été discuté auparavant et le risque principal, celui de perdre de l'information, est contrebalancé par le principe de la saturation des données.

- **Biais lié aux interviewés**

Une douzaine d'ECA ont souhaité participer à l'étude. Nous pouvons nous demander s'ils ne sont pas les plus « motivés » pour utiliser la SODEV.

- **Biais lié à l'interviewer**

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

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

Une seule personne a analysé les entretiens, c'est l'interviewer. Une double lecture aurait augmenté la validité de l'étude. C'est le principe de la triangulation des données. L'analyse des entretiens faite par deux chercheurs permet d'augmenter la fiabilité des données.

Il serait intéressant de compléter ce travail par d'autres études :

- **Sur l'efficacité**

Etude « Avant / Après », évaluant le bénéfice direct de la SODEV la communication des internes.

Evaluation de l'impact de la SODEV sur l'état de santé des patients.

Série d'évaluations chronologiques de la communication des médecins, permettant d'évaluer le bénéfice d'une telle formation sur le long terme.

- **Sur l'acceptabilité**

Evaluation du ressenti et de la satisfaction des patients et des internes après une consultation filmée

Série d'évaluations chronologiques du ressenti et de la satisfaction des internes tout le long de l'utilisation de la SODEV.

- **Sur la faisabilité**

Etude évaluant la capacité à mettre en place la SODEV dans les cabinets de l'ensemble des ECA.

# CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR ELODIE PAILHE

TITRE : 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

## CONCLUSION

Les techniques de communication améliorent la relation médecin-patient. Elles sont un axe de travail essentiel en médecine générale et font partie des compétences à acquérir. La supervision par observation directe avec enregistrement vidéo (SODEV) est une méthode pédagogique reposant sur l'enregistrement vidéo de l'interne en consultation. Le film sert d'outil de travail pour le maître de stage et son interne lors d'une séance de rétroaction ou feedback. Peu utilisée en France, elle a été développée dans certains pays pour la formation des internes à la communication.

Notre étude a pour but de connaître les avantages et les inconvénients de cette méthode, selon le point de vue des enseignants cliniciens ambulatoires (ECA) d'Isère et de Savoie. Il s'agit d'une étude qualitative à partir de douze entretiens semi-dirigés. Les ECA ont essayé la SODEV avec leur interne en stage avant de donner leur point de vue.

L'installation de la SODEV, malgré quelques problèmes de réglages au départ, semble rapide et simple. Les ECA mettent en avant la spécificité de cette méthode pour la formation à la communication. Elle permettrait une meilleure évaluation des compétences en communication de l'interne et aiderait l'ECA dans son enseignement. En appuyant son discours sur l'exemple vidéo, ses messages sembleraient plus efficaces. En servant de miroir pour l'interne, le film aiderait à l'autocritique et à l'analyse du non-verbal et du rythme.

Le principal inconvénient semble être la durée de la rétroaction : contrainte supplémentaire pour les médecins généralistes qui manquent de temps. Leur avis divergent sur l'intérêt de la SODEV. Leur jugement est restreint du fait que la majorité a pratiqué la supervision sur une seule consultation. De plus, la méconnaissance des techniques de supervision dans ce contexte pourrait expliquer certaines difficultés pour faire la rétroaction, pouvant les faire douter de son utilité.

La SODEV peut être un outil intéressant pour la formation des internes à la communication. Les éléments essentiels pour sa réalisation sont l'aide à l'organisation et la formation des ECA.

Les ECA ont recherché des pistes d'amélioration : elles concernent la fréquence, le moment du stage le plus adapté et l'utilisation de grilles d'analyse. Toutes ces idées sont pertinentes et peuvent se compléter. Le cadre de la SODEV est assez souple et pourrait s'adapter aux différents besoins pédagogiques des ECA.

Enfin, il serait intéressant de compléter ce travail par les points de vue aussi bien des patients que des internes, voire par l'évaluation de son impact sur l'état de santé des patients.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 9/1/2012

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

J.P. ROMANET



PROFESSEUR Ph BOUCENS

CHU de Grenoble  
Pôle de Psychiatrie et de Neurologie  
Pr Thierry BOUCENS  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
RPPS N° 10003870903  
Pavillon Dominique Villars  
BP 217 - 38043 Grenoble Cedex 09

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Outils et stratégies pour communiquer avec le patient. Chêne-Bourg (Suisse). Ed Médecine et Hygiène ; 2010.
2. Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. Pédagogie médicale 2007 ; 8 (2) : 121-125
3. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique, 2007/5 Vol. 19, p. 413-425
4. Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Académie Nationale de Médecine. Groupe de travail de la Commission XV (Ethique et Responsabilité Professionnelle). Rapport adopté le 20 juin 2006
5. WONCA Europe (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians): La Définition Européenne de la Médecine de Famille: Caractéristiques et compétences de base. 2002
6. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mars 2009.
7. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outils de communication II. Guide de ressources. Ottawa: Santé Canada, 2001, 31 p.
8. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent Québec: Éditions du Renouveau pédagogique; 2005.
9. Rogers C. Le développement de la personne, Paris. Dunod, 1966
10. Cungi C. L'alliance thérapeutique, édition Retz 2006.
- 11 Balint M, The Doctor, his patient and the illness. Tavistock publications, Londres 1957.
12. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR Patient-centered medicine : Transforming the clinical method, Thousand Oaks Calif, Sage publications 1995.
13. Pendleton D, et al. The new consultation : developing doctor-patient communication. Oxford, New York : Oxford University Press, 2003:143 (Édition révisée de : Pendleton)



14. Byrne PS, Long Barie EL. Doctors Talking to Patients. London : HMSO, 1976, 195p.
15. 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;14(4):295-301.
16. Maguire P, Pitceathly C, Key communication skills and how to acquire them, *BMJ* 2002 ; 325 : 607-700
17. Heaven C. Clegg J, Maguire P Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling* 60 (2006) 313–325
18. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986; 292:1573-6.
19. Côté L, Bélanger N, Blais J. L’entrevue centrée sur le patient et ses moyens d’apprentissage. Qu’en pensent les médecins de famille récemment diplômés? *Can Fam Physician*. 2002 nov;48:1800–5.
20. Martineau B, Girard G, Boule R. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident: une recherche qualitative. *Pédagogie médicale*. 2008;9(1):13.
21. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29:2-19.
22. Kilminster S, Jolly B. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ* 2000; 34:827-80.
23. Vidal M, Lauque D, Nicodeme R, Bros B, Arlet P, Les outils pédagogique pour le stage du résident au cabinet du médecin généraliste français. *Pédagogie médicale* 2002, 3, 33-37
- 24 Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. Thèse 1998, Faculté de Bordeaux
25. Boucher G, Cayer S., St-Hilaire S. L’apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du RII dans une unité de médecine familiale. *Le médecin de famille canadien* 1993, 39, 2006-2012.
26. Blanchet A, Gotman A. L’enquête et ses méthodes : l’entretien. Paris: éditions Nathan. 1992:127 p.
27. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995; 311:251-253.
28. Campbell LM, Murray TS. Videotaped consultations. *Br J Gen Pract*. 1995 nov;45(400):631–631.

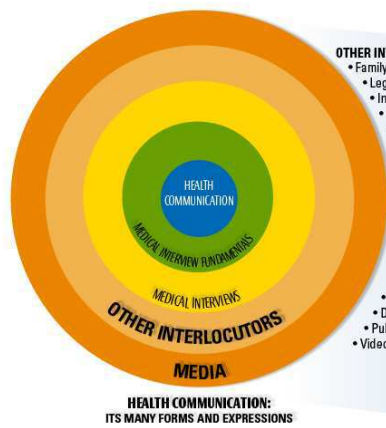
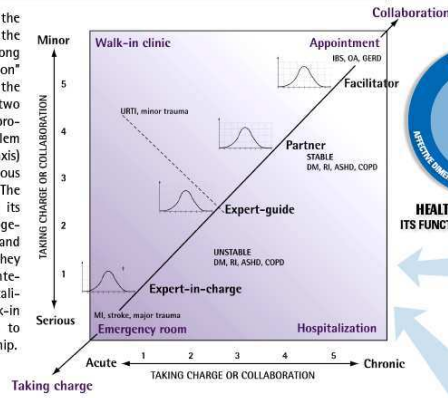
29. Servant JB, Matheson JA. Video recording in general practice: the patients do mind. *J R Coll Gen Pract*. 1986 déc;36(293):555-6.
30. Bain JE, Mackay NS. Videotaping general practice consultations. *BMJ*. 1993 août 21;307(6902):504-5.
31. Martin E, Martin PML. The reaction of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 607-611.
32. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 2001 déc; 47:2494-9.
33. Turgeon, St Hilaire, La supervision directe en médecine familiale...L'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale* 2001, 2 : 199-205
34. Edwards A, Tzelepis A, Klingbeil C, Melgar T, Speece M, Schubiner H, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and medicine-pediatrics residents. *Acad Med* 1996;71(7):744-8.
35. Weston WW, Brown JB, Stewart M, Patient centered interviewing 1989 *Can Fam Physician* 35; 147-161
36. Richard C, Lussier M-T, Jamouille O, Galarneau S, Ayoub J, Dubois J, Lagarde F, Lefebvre M, Dupuis M-J, Boucher A. Competence in professional communication: A developmental approach. Université de Montréal, Montréal, Quebec, Canada. CPASS 2011. [www.sifem.net](http://www.sifem.net)

# ANNEXES

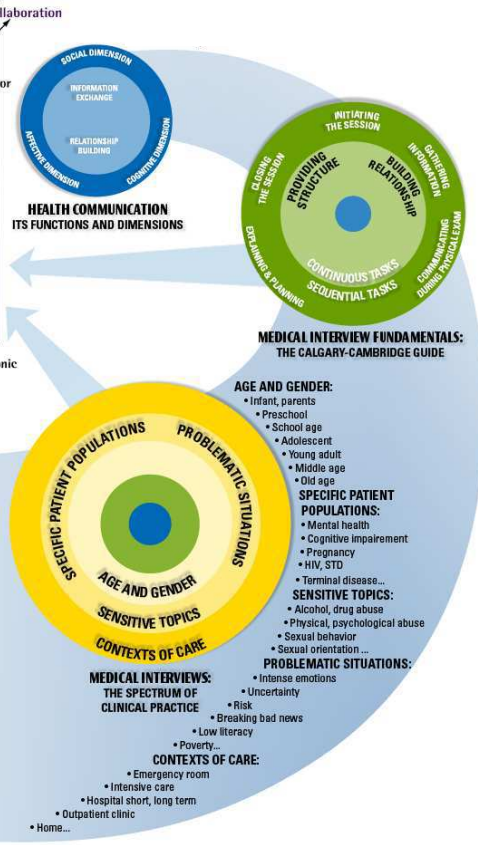
## Annexe 1 : Communication Curriculum Wheel<sup>36</sup>

**The possible transformations in the doctor-patient relationship:  
Type of relationship is influenced by problem characteristics**

A graphic representation of the possible transformations in the doctor-patient relationship along a "taking charge/collaboration" continuum. We associate the different relationships to two characteristics of the patient problem: the nature of the problem (acute versus chronic: the X axis) and the degree of severity (serious versus minor: the Y axis). The nature of the problem and its severity allows us to group together categories of problems and the care contexts in which they are most likely to be encountered (emergency room, hospitalization, appointment, or walk-in clinic) and this permits us to suggest a dominant relationship.



- OTHER INTERLOCUTORS**
- Family, caregivers
  - Legal tutors
  - Interpreters
  - Medical colleagues
  - Other professionals
  - Support staff
  - Students, Residents, Teachers
  - Legal and Administrative representative
- MEDIA**
- Face to face
  - Written (charts, reports)
  - Phone
  - Electronic (mail, internet,...)
  - Dictation
  - Public speaking
  - Videoconference



## **Annexe 2 : Lettre d'information pour les maîtres de stage**

Chambéry, le 12/09/2011

### **Objet : Participation à une thèse qualitative**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse intitulée *Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo dans la formation des internes à la communication*, je vous sollicite afin de participer à mon étude.

Je souhaite évaluer une méthode pédagogique de formation à la communication dans l'entretien médical :

Premièrement, cela consiste à filmer la consultation d'un interne avec un patient. Le film se ferait après accord écrit du patient et de l'interne. Il concerne l'entretien en excluant l'examen clinique.

La deuxième partie de la méthode est le visionnage par l'interne et son superviseur (ou maître de stage) de la consultation. L'interne et son superviseur se servent de ce film comme support à une discussion sur les compétences relationnelles de l'interne et les techniques de communications.

Après la supervision, j'interview le maître de stage pour connaître son point de vue sur l'expérience. Quels sont, selon lui, les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. C'est là l'objectif de ma thèse. Il s'agit d'une thèse qualitative par entretiens semi-dirigés. Mon Directeur de thèse est le Dr Yannick Carrillo.

La supervision directe est l'évaluation des compétences de l'interne par l'observation directe. Son but est pédagogique : évaluer avec l'étudiant ses qualités et ses difficultés afin de définir des objectifs d'apprentissage. L'observation directe permet d'explorer plus spécifiquement les compétences relationnelles et les techniques d'entrevue.

Je vous prête et installe le matériel afin de réaliser le film. Un caméscope sera placé sur un trépied pour filmer de profil l'interne et son patient pendant la consultation. A la fin de la consultation, le film est transféré sur l'ordinateur du praticien afin de le visionner pendant la supervision. Ce film sera effacé après la supervision. Le film ne sera donc vu que par l'interne et son maître de stage. Le secret médical est préservé.

Vous trouverez ci-joint un formulaire de consentement pour le ou les patients filmés et l'interne. Je ne vous demande de filmer qu'une consultation, mais libre à vous d'en faire plusieurs si vous le souhaitez.

Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et fixerai avec vous une date à votre convenance.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Elodie Pailhé

### **Annexe 3 : Lettre d'information pour les internes et consentement**

Chambéry, le 12/09/2011

#### **PARTICIPATION A UNE THESE DE MEDECINE GENERALE**

Chers confrères,

Je fais une thèse intitulée *Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo dans la formation des internes à la communication* et je vous sollicite afin de participer à mon étude.

Je souhaite évaluer une méthode pédagogique de formation à la communication dans l'entretien médical.

Cette méthode consiste à filmer une de vos consultations avec un patient. On ne filme que l'entretien au bureau excluant l'examen clinique. Le patient aura donné son accord.

La deuxième partie de la méthode est la supervision : le visionnage avec votre maître de stage de la consultation. Pour cela, le film est transféré sur l'ordinateur du praticien. Vous vous servez de ce film comme support à une discussion sur les compétences relationnelles et les techniques de communications.

Le but est pédagogique : évaluer vos facilités et vos difficultés afin de définir des objectifs d'apprentissage.

Puis après la supervision, vous effacez le film. Il ne sera donc vu que par vous-même et votre maître de stage. Votre participation à ma thèse s'arrête là.

Après la supervision, j'interview votre maître de stage pour connaître son point de vue sur l'expérience. Quels sont, selon lui, les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. C'est là l'objectif de ma thèse qualitative par entretiens semi-dirigés. Mon Directeur de thèse est le Dr Yannick Carrillo.

Si vous accepter de participer, veuillez signer ci-dessous le formulaire de consentement.

Je vous remercie par avance pour votre participation et je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement,

Elodie Pailhé

Je soussigné, Mlle, Mme, Mr \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour filmer une ou plusieurs de mes consultations puis participer à une supervision avec mon maître de stage.

Signature précédée de la mention lu et approuvé

Date :

## **Annexe 4 : Lettre d'information pour les patients et consentement**

Chambéry, le 12/09/2011

### **PARTICIPATION A UNE THESE DE MEDECINE**

Madame, Monsieur,

Je fais une thèse de médecine intitulée *Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo dans la formation des internes à la communication* et je vous sollicite afin de participer à mon étude.

Cette étude a pour but d'aider les internes de médecine à améliorer leur communication avec les patients.

Pour cela, l'interne va filmer votre consultation. Le film ne se tourne qu'au bureau du praticien, il ne concerne que votre discussion avec le médecin. **L'examen clinique n'est pas filmé.**

**Ce film sera ensuite revu par ce même interne et votre médecin traitant habituel.** Ils se serviront du film comme support à une discussion sur la communication médicale et sur la manière de l'améliorer.

**Puis le film est effacé, il ne sera vu par aucune autre personne. Le secret médical est préservé.**

Si vous accepter de participer à l'étude, veuillez signer le formulaire de consentement ci-dessous.

Je vous remercie par avance de votre participation à mon étude.

Cordialement,

Elodie Pailhé

Je soussigné, Mlle, Mme, Mr \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour que ma consultation soit filmée. J'ai bien compris que le film ne sera vu que par mon médecin traitant et son interne puis sera effacé.

Signature précédée de la mention lu et approuvé

Date :

## **Annexe 5 : Guide d'entretien lors de la première phase de l'étude**

### **Préambule, consignes :**

Il s'agit d'un travail de thèse sur la SODEV pour la formation des internes à la communication. Cette thèse recherche le point de vue des maîtres de stage sur les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

### **L'enregistrement vidéo**

- Comment s'est passée la réalisation du film ? problèmes techniques ?
- Combien de patients se sont vus proposer l'étude et combien ont accepté ? quels commentaires ?
- Combien de temps prend la supervision directe avec enregistrement vidéo ?

### **La séance de rétro-action**

Comment ça s'est passé ?

- Quel a été d'après vous le ressenti de l'interne ?
- Comment était la motivation de l'interne face à l'expérience ?
- Y a-t-il eu une évolution de l'attitude de l'interne et de votre attitude au fur et à mesure de la séance ?

### **La relation superviseur-étudiant**

- Avez-vous ressenti un changement dans votre relation avec l'étudiant ?

### **La formation à la communication**

- Pensez-vous que les étudiants aient besoin d'une formation à la communication ?
- Quels sont pour vous les choses importantes en communication médicale à enseigner à l'étudiant ?
- Avez-vous trouvé un intérêt à ce film pour l'apprentissage de la communication professionnelle ? souhaiteriez-vous refaire l'expérience ?
- Vous sentez-vous assez compétent pour l'analyse de la communication ?
- Que pensiez-vous avant l'expérience de la supervision directe avec enregistrement vidéo ? Votre point de vue a-t-il évolué ?

## **Annexe 6 : Guide d'entretien lors de la deuxième phase de l'étude**

### **Préambule, consignes :**

Il s'agit d'un travail de thèse sur la SODEV pour la formation des internes à la communication. Cette thèse recherche le point de vue des maîtres de stage sur les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

### **Grille d'entretiens 2 :**

#### **Question d'introduction :**

« Qu'est ce qui vous a motivé à participer à cette thèse ? »

#### **Question sur l'enregistrement vidéo :**

« Comment s'est passé l'enregistrement vidéo de la consultation de l'interne ? »

#### **Question sur la phase de rétroaction :**

« Comment s'est passé la rétroaction ? »

#### **Question sur la communication :**

« Quelles sont pour vous les choses importantes en communication médicale à transmettre à l'étudiant ? Cette méthode permet-elle cette transmission ? »

#### **Question en conclusion :**

« Quel est, selon vous, l'avenir de cette méthode pédagogique ? »



## **Annexe 7 : Guide d'entretien lors de la troisième phase de l'étude**

### **Préambule, consignes :**

Il s'agit d'un travail de thèse sur la SODEV pour la formation des internes à la communication. Cette thèse recherche le point de vue des maîtres de stage sur les avantages et les inconvénients de cette méthode pédagogique. Les entretiens seront enregistrés et retranscrits dans leur intégralité pour permettre leur analyse. Ils apparaîtront en annexe dans la thèse et seront anonymes.

### **Grille d'entretiens 3 :**

#### **Question d'introduction :**

« Qu'est ce qui vous a motivé à participer à cette thèse ? »

#### **Mise en place de la SODEV :**

« Comment avez-vous mis en place cette méthode ? »

« Comment avez-vous procédé pour le recueil du consentement ? », « Savez-vous pourquoi le patient a accepté ? »

« Savez-vous ce qu'a ressenti le patient pendant le film ? et l'interne ? »

« Avez-vous le temps pour cette méthode ? »

#### **La méthode pédagogique :**

« Quel est votre point de vue sur cette méthode pour la formation à la communication ? » « Que vous a apporté cette méthode ? »

« Qu'avez-vous ressenti pendant la rétroaction ? »

« Voulez-vous l'utiliser ? Pourquoi ? »

« Si oui, comment l'utiliserez-vous ? »

« Qu'apporte t-elle à l'interne ? »

#### **La relation superviseur-supervisé :**

« La méthode a-t-elle changée votre relation avec l'interne ? »

« La méthode va-t-elle changer votre orientation pédagogique avec l'interne ? »

#### **Question en conclusion :**

« Quel est, selon vous, l'avenir de cette méthode pédagogique ? »

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ECA : Enseignant clinicien ambulatoire

ECP : Entretien centré sur le patient

UPL : Unité pédagogique locale

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée

SODEV : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo

# VERBATIM

## Entretien 1

- *On va parler des deux parties, d'abord de l'enregistrement du film puis de la séance de rétroaction. Au niveau de l'enregistrement vidéo, comment ça s'est passé ?*

- Ca s'est très bien passé, sans problème. Aucun problème particulier en technique. Euh, du côté technique, il manquait un peu de recul. Il manquait un peu de recul de champ parce que c'était une consultation à deux patients. Donc deux patients qui ont signé le consentement. Et le premier on ne le voyait pas, vu l'angle. J'avais prévu de cadrer qu'un patient et donc je ne voyais pas l'autre patient. Je ne voyais pas son expression.

- *En fait la configuration a fait qu'il n'y avait pas assez de recul ?*

- Il manquait de recul, voilà.

- *Est-ce que ça a été facile de trouver un patient ?*

- Oui, ils ont dit oui facilement. En fait, on le programme. Là je savais que c'était deux enseignants à la retraite, donc ils savent ce que c'est, si tu veux.... Ce sont les premiers à qui je l'ai proposé et ils ont dit oui tout de suite. Les premiers ont dit oui.

- *Et, au niveau de l'interne ? est ce qu'il a accepté facilement ?*

- L'interne, oui, sans problème.

- *Est ce qu'il y a eu des problèmes pendant la consultation à cause de la caméra ?*

- Non, euh. Techniquement non. On est au point de vue technique ?

- *Oui, en pratique, vous avez fait comment pour filmer ?*

- Hé bien les patients se sont installés et c'est moi qui ai mis en route la caméra avant de sortir. Oui, remarque : il faudrait installer la caméra en l'absence de l'interne et du patient parce qu'il faut que je puisse voir comment il accueille le patient. Donc il faut que la caméra tourne avant que le patient rentre dans le cabinet pour pouvoir voir l'accueil. Parce qu'on loupe quelque chose.

- *Comment vous avez fait pour demander le consentement ?*

- Et bien, ils sont rentrés, se sont installés. C'est moi qui leur ai expliqué, ils ont signé et après on a mis en route la caméra. Alors ça en technique, il faudrait que les patients soient vu dans la salle d'attente, signent l'accord, on met en route la caméra et à ce moment là on filme la consultation.

- *Donc il n'y a pas eu l'accueil, ni l'examen clinique car la caméra était coupée ?*

- Voilà...il manque des choses. Il n'y a pas l'accueil et il manque la fin de la consultation.

- *Il a coupé la caméra pour l'examen et il ne l'a pas rebranché ?*
- Non, parce que c'était trop compliqué. Donc il manque la fin de la consultation.
- *Et le fait d'aller couper la caméra, est ce que ça a gêné l'interne durant sa consultation ?*
- Non, parce que pendant que la dame se déshabillait il a coupé la caméra. Et, euh, ça fait un biais, quoi.
- *Est-ce que ça a pris du temps ?*
- 5 minutes
- *Ok, est ce que tu veux rajouter autre chose sur la partie enregistrement vidéo ?*
- Oui. Mon écran d'ordinateur gênait. Je ne voyais pas les mains de l'interne. Je voyais le visage mais je ne voyais pas les mains parce que j'étais gêné par l'écran. C'est à prendre en compte pour les prochaines.
- *On passe à la séance de rétroaction, comment ça s'est passé ?*
- Sur la critique du film ?
- *Oui...*
- L'interne a noté que le fait de couper la caméra pendant l'examen clinique, ça coupe une grosse partie de la consultation parce qu'il y a beaucoup de pertes sachant qu'en même temps qu'on examine, on interroge. Et puis ce qui se dit après l'examen clinique, ça a de l'importance. La fin de la consultation est coupée. Et ça c'est dommage car il y a beaucoup de pertes dans l'échange. Hein ?
- *Oui...*
- Et puis aussi, en interférant, il y avait le bruit du téléphone. Mais sachant que la secrétaire décrochait, ça n'a pas dérangé l'interne. Donc il y a le bruit du téléphone sur l'enregistrement mais ça ne dérange pas car il ne décroche pas. Sur la rétroaction, moi j'ai trouvé ça intéressant. Alors: pour lui, parce qu'il se voit et il voit ses tics, les tics qu'on peut avoir. Sur l'examen, ça permet de voir s'il fait l'interrogatoire comme il faut. Et puis, sur la communication... par exemple, il commence la consultation les bras croisés. Je le lui ai fait repérer. Alors il était un peu gêné au départ. Hein ? Ca le gênait quand il parlait. Ca l'a gêné la première minute et après il oublie la caméra.
- *D'accord...*
- Alors il est arrivé les bras croisés. Et il l'a refait après pendant la consultation. Oui sur la critique, c'était ça, sur la communication... les bras croisés. Après les gens le regardait et lui regardait les patients. Dans le visuel c'était intéressant. J'ai vu que ça passait bien avec les personnes, comme ça se passe habituellement en consultation. Il n'y avait pas de biais lié à la caméra.
- *Est-ce que vous avez eu un échange en regardant le film ?*
- Oui bien sûr...ça s'est bien passé. Ca l'a intéressé.
- *Il y a eu des débats entre vous ? des désaccords...ou autre ?*

- Moi je lui ai fait par exemple une remarque sur les bras croisés...il savait que c'était une attitude fermée. Euh...de quoi on a parlé ? oui, que lui, comme on a dit, ça lui permettait de voir les tics. On a parlé des tics que l'on a tous...Après c'est chacun sa personnalité.

- *On parlait tout à l'heure qu'il était un peu gêné de se voir à l'écran...*

- Oui, il n'a pas l'habitude d'être filmé. Il est discret de nature. C'est un interne qui est discret, qui n'est pas expansif...euh, donc il n'aime pas se mettre en avant. Ça a pu le gêner les premières minutes. Puis après c'est bon. Il trouvait au contraire positif de pouvoir, dans un cadre limité effectivement, de faire sa critique.

- *Son ressenti a évolué au fur et à mesure de la séance ?*

- Oui, oui.hum...oui

- *Quand avez-vous fait cette séance et combien de temps ça a pris ?*

- Ça a pris un quart d'heure. C'était hier à midi. Au moment du repas. On l'a regardé sur la télé à midi tout de suite après le repas. On avait le temps à midi, on était tranquille, il n'y avait pas de stress.

- *Maintenant, je voulais aborder le point de la relation entre l'étudiant et le maître de stage. Est-ce que cette relation a évolué avec cette méthode ?*

- Oui, oui. C'est très intéressant ça. Parce que ça permet d'avoir quelque chose de concret sur lequel échanger. Il y a les preuves. Hein ? Il y a les faits : ça permet de se voir. Ce n'est pas qu'un ressenti. On le voit qu'il a les bras croisés. Et ça c'est un fait. Il y a les preuves.

- *Hum...*

- Et il y avait le truc aussi sur l'ordinateur. Sur l'ordinateur, il cherche. Parce que il ne sait pas...il va chercher l'ancienne ordonnance, tu vois...Mais ça n'a pas duré longtemps. Après il a fait attention à ça. Il n'a pas passé la consultation à regarder l'ordinateur. Donc ça c'était bien.

- *Est-ce que toi tu avais déjà fait de la supervision directe avec enregistrement vidéo ?*

- Pas en tant que maître de stage mais je l'ai fait dans une formation à la communication. C'était horrible...On me demandait de me présenter en étant filmé et c'est une horreur..., (rires) Devant un public, c'était devant un public. On te demande de te présenter avec tout le monde autour et en même temps on filme. Alors c'est le stress. C'est une horreur. Mais c'était très intéressant.

- *Donc, tu as été formé à la communication ?*

- Oui mais pas dans ce cadre là. C'était de la communication mais pas à l'aide de la caméra.

- *Est-ce que tu penses que les internes ont besoin d'une formation durant le cursus ?*

- Mais bien sûr ! (rires)

- *Et pour toi quels sont les points les plus importants de la communication ?*

- Moi j'ai appris à interroger à 50ans. A interroger intelligemment je veux dire.
- *C'est quoi interroger intelligemment ?*
- Eh bien, c'est quand tu vas vite et quand tu vas au fond du problème. Très vite. Et pas te laisser déborder, et c'est toi qui mènes l'interrogatoire.
- *Hum, hum...*
- Voilà, et tu vas aux questions essentielles. Vite cibler et aller aux choses intéressantes de la consult. Voilà, aller aux « à priori ». On a toujours des « à priori ». Rapidement cibler le problème.
- *Hum...*
- Parce que là c'était intéressant : les gens ils venaient pour renouvellement d'ordonnance. Le truc banal..., mais les choses essentielles n'ont pas été dites. Parce que comme c'était l'interne les patients n'ont pas osé raconter leurs soucis. Ils ont un gros souci avec leur fille. Et ils en n'ont pas parlé.
- *Et ça du coup, pendant la séance de rétroaction vous en avez parlé ? Des questions qu'il aurait pu poser ?*
- Oui, mais il ne le savait pas tout ça. Il est l'interne, les gens n'ont rien dit. Il n'aurait pas pu deviner. Ils ont une fille alcoolique qui leur pose beaucoup de soucis. L'interne a dit : « hé bien justement votre fille peut venir vous voir ! » (rires), alors que c'est eux qui vont sans cesse la voir !
- *Alors, on parle de formation à la communication. Et cette méthode ? qu'est ce que tu en penses, tu penses la refaire ?*
- Oui, c'est intéressant. En tant que maître de stage, comme formateur, c'est intéressant.
- *Est-ce que tu veux refaire cette méthode avec d'autres internes ?*
- Ah oui, avec d'autres internes, certainement. Mais une consultation n'est pas suffisante. Il faudrait en faire plusieurs. Et puis aller prendre chaque chose intéressante dans chaque consultation. Parce qu'il y a des choses intéressantes dans chaque consultation pour faire la critique. Bien sûr. Une c'est trop court.
- *Te sens-tu assez compétant, en tant que maître des stage, pour superviser et former à la communication ?*
- Oui, oui, bien sûr. Et je pense que les internes aussi. A moins que par timidité malade, ils refusent. Alors par contre ils se sentent plus « critiqués » entre guillemets avec la caméra que quand je suis à côté et les regarde. Avec la caméra, ce qu'il me disait, c'est qu'il a une impression de jugement qui est plus forte que quand on est à côté.
- *Du coup, la caméra a provoqué des émotions ? du stress ?*
- Non, non. Comme j'ai dit la première minute puis après c'est oublié.
- *Est-ce que tu veux rajouter quelque chose sur les avantages et les inconvénients de la méthode ?*

- A mon avis, il faudrait tester sur plusieurs consultations tout le long du stage. Sur une on n'en tire pas beaucoup. Ca a un intérêt si on multiplie les consultations et si on prend les choses intéressantes de plusieurs consultations. Parce que là, la consultation était simple. Mais dans le temps, on peut choisir des patients compliqués, des situations compliquées et on voit ce qui se passe. S'il arrive à débrouiller les situations compliquées.

- *Autre chose ?*

- Non je pense que c'est bon...

## Entretien 2

- *Comment s'est passé l'enregistrement ?*

- On avait vu avec toi l'installation de la caméra. Le matin, j'ai montré à l'interne l'appareil, je l'ai installé. Je lui ai montré comment régler pour le zoom et le cadre pour si jamais ça bougeait. Et les boutons marche/arrêt.

Alors, il y a eu un couac. Ça a marché parfaitement pour la première consultation et donc l'interne voulait en faire d'autres et elle n'y est pas arrivée. Je ne sais pas ce qui s'est passé, je n'étais pas sur place. Le soir, j'ai examiné la caméra, elle fonctionnait, la batterie était pleine. Donc c'est à vérifier, ça serait dommage de ne pas pouvoir enregistrer des consultations pour un problème technique. Je ne comprends pas ce qu'elle a fait : si elle a pris une photo au lieu de filmer...en tout cas ça n'a pas marché.

- *Et après pour le reste de la partie technique, pour le visionnage du film ?*

- Pas de problème. On a mis le film sur l'ordinateur. Le logiciel s'est installé tout seul, la lecture s'est faite sans problème.

- *Combien de temps vous a pris la mise en place ?*

- Oh...c'est une expérience faisable, ce n'est pas insurmontable. On a passé un peu de temps à regarder où on pouvait mettre la caméra pour que tout le monde soit visible. On a fait des essais, on a testé si le son marche bien...ce n'était pas très long. Pour après je pense qu'une fois que tu sais où installer ta caméra, ça va vite. Techniquement ce n'est pas compliqué.

La contrainte temps c'est surtout la relecture. Tu te tapes 15 minutes de film, plus la discussion, donc pour ça il y a une contrainte de temps.

- *Peux-tu me parler de l'organisation pour le consentement des patients ?*

- Je n'avais pas réussi à joindre le patient au téléphone avant pour lui expliquer. Donc, c'est l'interne qui lui a expliqué. Il était très content, ça ne l'a pas du tout gêné. Et aux deux autres patients à qui elle l'a proposé, ça ne posait pas du tout de problème. A ma grande surprise d'ailleurs. Les gens étaient très contents par le fait que ce soit purement privé, qu'on s'engageait sur l'honneur à effacer la consultation dès qu'on l'aurait visionné ensemble. Les patients étaient supers rassurés. Et même, elle m'a dit que quand ça n'a pas marché, quand elle leur a dit qu'on ne pourrait pas enregistrer la consultation, la patiente a dit « c'est dommage ! ». Elle était déçue. J'ai été vraiment surpris par les patients de l'accueil de la caméra.

- *Pourquoi d'après toi, ils étaient contents d'accepter ?*

- Je pense qu'ils étaient contents d'aider à la formation de l'interne.

- *Est-ce que ça a pris du temps à l'interne de recueillir les consentements ?*

- Elle n'avait pas un planning très chargé. Pour les deux consultations, elle ne m'a pas dit que c'était insurmontable, chiant, etc...Ce n'est pas insurmontable.

- *Autres choses à rajouter au sujet de la phase d'enregistrement vidéo ?*



- Non

- *Peux-tu me parler alors de la phase de rétroaction ?*

- J'ai trouvé ça super intéressant. Du côté de l'interne, c'était gênant au début, elle pensait beaucoup à la caméra au début et puis finalement, elle m'a dit qu'assez rapidement on oublie la caméra et on fait la consultation spontanément. Après 1 ou 2 minutes, elle a oublié la caméra, ça ne lui posait plus aucun problème.

- *Et quel a été le ressenti de l'interne pour la séance de rétroaction ?*

- Elle n'a pas été gênée que je la voie. Par contre, elle a été gênée de se voir. On est tous gêné de notre image et de notre voix qu'on n'a pas l'habitude d'entendre. Elle se sentait mal à l'aise par rapport à ça, elle m'a dit « je supporte pas d'entendre ma voix ». Mais que moi je la voie en consultation, ça ne l'a pas gênée. De toute façon, je passe mon temps à la regarder bosser, et elle aussi passe son temps à me regarder bosser. Elle a bien compris la finalité du film, donc elle n'était pas gênée pour que moi je voie la vidéo de sa consultation. Donc voilà, à part ce petit problème narcissique, ça allait. Pendant la séance de rétroaction, elle n'était pas du tout sur la défense. Elle était intéressée de savoir ce qu'il allait en ressortir. Alors la séance de rétroaction a apporté deux choses : Le fait que j'ai pu voir que, toute seule, elle n'est pas pareil que quand elle consulte avec moi dans la pièce qui la regarde. Ca je le suspectait mais je n'avais pas de preuve. Avec moi, je la trouvais toujours un peu timide ou réservée. Alors là j'ai pu voir que quand elle est toute seule et qu'elle doit gérer sa consultation, elle n'est pas timide, elle fait tout naturellement, spontanément, elle discute beaucoup plus que quand je suis là. Elle gère mieux la consultation. Et, grâce à la vidéo, j'ai pu le voir. La deuxième chose, c'est qu'elle a pu se rendre compte de son attitude, sa façon de parler...Et elle s'est rendu compte de quelque chose que j'essaie de lui dire depuis 4 mois sans arriver à lui faire comprendre, c'est qu'elle est un peu sèche, un peu pète-sec dans la façon de dire les choses. Et là, elle l'a vu et elle l'a compris. Elle a dit « oh, je suis un peu pète-sec quand même ».

- *Est-ce que c'est vous qui lui avez fait remarquer ?*

- Non, c'est elle qui l'a vu seule. Moi avant, j'essayai de lui faire comprendre en mettant les formes, en disant « il faut être plus douce », mais elle ne comprenait pas. Et là, elle l'a vu. Elle m'a dit « il faudrait que je mette un peu de miel, que j'arrondisse les angles. ». Ca m'a fait plaisir car c'est une chose que j'essaie de lui dire très diplomatiquement depuis le début et, là, elle l'a vu seule. Du coup, on en a parlé. Et ça a dix fois plus de valeurs que si c'était moi qui lui en avais parlé. Donc c'est super car je pense que plus tard, elle aurait pu être gênée avec certains patients quand il faut mettre plus de forme. Et maintenant, elle a conscience de la chose.

- *Avez-vous eu d'autres discussions ?*

- Oui. Sur le fait que filmer une consultation peut poser problème si c'est une consultation difficile. Le matin, on a eu une consultation un peu difficile : la patiente s'est mise à pleurer, elle ne voulait pas parler et on voyait qu'elle n'était pas bien. L'interne s'est dit que si à ce moment là il y avait eu la caméra, elle se serait sentie en difficulté à cause du type de consultation et encore plus à cause de la caméra. Elle a dit qu'elle aurait sans doute été gênée, qu'elle aurait peut être arrêté la caméra ou demandé à la patiente si la caméra la gênait et s'il fallait arrêter l'enregistrement.

- *Que voulait-elle dire par difficultés ?*

- Quand ta consultation roule bien, ça va, tu ne penses pas à la caméra, mais quand ça bloque, que t'es en difficulté, tu penses à tes difficultés et en plus à la caméra. Tu te dis « Mince, en plus il y a la caméra ». Du coup, tu ne penses plus qu'à la caméra, tu te dis « comment je vais m'en sortir, il faut que je m'en sortes la tête haute ». T'es envahi par ces pensées. On a discuté aussi avec l'interne que le patient pourrait être lui aussi gêné par la caméra, mais ça c'est notre interprétation à nous.

- *Quelle a été la participation de l'interne pendant la rétroaction ?*

- On a regardé le film tous les deux, comme si on regardait la télé. On n'a pas beaucoup parlé pendant le visionnage. Moi, j'ai pris des notes, elle, elle n'a fait que regarder. Et puis c'est après qu'on a discuté des choses que j'ai dit plus haut.

*Est-ce que vous pensez que la rétroaction a une influence sur votre relation superviseur-supervisé ?*

- Non. Personnellement, cette rétroaction m'a rassuré sur le fait que mon interne est apte à être médecin généraliste. Effectivement, avant je ne pouvais pas le savoir car je ne pouvais pas être la petite mouche pour voir ça. Et j'ai vu que, quand je suis là quand elle consulte, en supervision directe, mon influence fait qu'elle est sur la défensive pendant les consultations. Donc, du coup, de la voir seule en consultation, m'a conforté dans le fait qu'elle peut être médecin généraliste. L'influence de cette méthode sur la relation maître de stage-interne est favorable. D'ailleurs, elle, elle l'a dit : « c'est enrichissant », ce sont ses mots. Ca veut dire ce que ça veut dire : l'interne peut s'observer travailler, voir comment il est. C'est un super miroir, l'interne peut voir ses défauts, beaucoup plus que si c'est quelqu'un qui les lui dit, ça a plus d'impact. Ca parle beaucoup plus. L'interne pense que c'est à développer dans la formation. C'est vrai aussi que c'est un investissement, il faut accepter de se faire filmer puis regarder. J'ai dit à l'interne : « et si on en faisait 3 dans le semestre, qu'est ce que t'en penserais ? », elle m'a répondu : « 3, c'est parfait ».

- *Si je comprends bien, vous accepteriez de faire 3 séances de rétroaction sur consultation filmée par semestre ?*

- Oui. Et mon interne aussi. On a trouvé ça super intéressant, et elle dit qu'on apprend énormément. Et donc, j'ai envie de proposer à mes futurs internes de le faire. De manière non obligatoire. Le proposer...soit spontanément, soit si j'ai des difficultés avec l'interne parce qu'il n'est pas bien dans sa relation avec les patients, s'il a du mal à se rendre compte de certains de ses problèmes...pourquoi pas le proposer.

- *Donc, j'ai l'impression que vous êtes à l'aise pour faire la rétroaction ?*

- Oui. Alors oui quand c'est une rétroaction sur une consultation. Quand on n'est pas là d'une journée et qu'on a 10 ou 15 consultations à revoir avec l'interne, on ne peut pas toutes les filmer et les revoir. Ce n'est pas possible. Toute la supervision ne peut pas se faire avec la caméra. L'enregistrement vidéo est intéressant pour les informations sur le relationnel, la communication, pas pour la problématique, la prise en charge...C'est bien de faire l'enregistrement vidéo pour explorer la communication. Oui, pour ce qui est de la communication avec l'autre : impeccable, c'est un outil extraordinaire.

- *Est-ce que vous êtes à l'aise pour faire une rétroaction plus particulièrement sur la communication ?*

- Ce n'est pas facile. Autant il y a des internes qui sont très à l'aise en consultation qu'il y ait la présence du médecin à côté ou pas, dans ce cas là, l'enregistrement vidéo ne va pas

apporter grand-chose. Enfin, pas autant que pour l'interne qui est un peu timide, un peu gêné avec son maître de stage qui du coup aura un comportement différent. Et là pour le coup, la rétroaction sur la communication, sur le savoir-être par rapport au patient est super importante. Mais même à celui qui est à l'aise, le fait de se voir et de pouvoir se critiquer apportera toujours quelque chose de positif.

- *Avez-vous déjà été formé à la communication médicale ?*

- Oui, un peu. J'ai fait des séminaires sur la com, sur la relation, sur l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique...Donc je me sens capable de faire avec l'interne une rétroaction sur la com. Peut-être que spontanément, j'ai une bonne com, mais je pense que je l'ai vachement améliorée avec ces séminaires. Du coup, je peux facilement en parler, je sais mettre des mots sur des blocages, des manières de faire.

- *Avez-vous déjà été filmé ?*

- Non, on m'a filmé quand j'avais 10ans et que je jouais au tennis. J'ai trouvé que je n'étais pas très bon, alors que je me croyais bon. Mais c'est une expérience quand même de regard sur soi. Professionnellement, non.

- *D'autres choses à rajouter ?*

- L'interne m'a dit que les patients étaient OK pour être enregistrés à condition que ce soit vraiment pour que le film soit vu par leur médecin traitant, pour qu'il débriefe la consultation. Quelque part, le fait que leur médecin va voir la consultation, ça les rassure. Ils se disent que c'est comme si j'avais été là et que donc s'il y a un souci, je peux les rappeler. Et ils sont OK car c'est effacé après. Ils sont contents car ils servent à quelque chose pour l'interne, ils aiment bien rendre service et ils sont rassurés car leur médecin va revoir la consultation. Donc ils sont détendus. Autre chose, on n'entend pas toujours très bien le son. Surtout quand on examine, car ce n'est pas dans le champ de la caméra et on n'entend pas beaucoup ce qui se dit, c'est trop loin. Comme convenu, on n'a pas filmé l'examen. Ca peut être intéressant de voir l'examen. Ceci dit, on entend quand même un peu de l'interrogatoire pendant l'examen, on sait s'il y a une rupture de la communication ou pas.

- *Vous avez un regret de ne pas avoir vu l'examen ?*

- Oui, c'est toujours intéressant l'examen. Bon c'est vrai que je la vois souvent examiner, mais c'est quand même un petit truc qui manque.

### Entretien 3

- *Qu'est ce qui vous a motivé à participer à cette thèse ?*

- Qu'est ce qui m'a motivé à participer à cette thèse ? Bien, c'est vrai que je fais partie déjà des médecins enseignants et que j'organise des séminaires communication, que je connais bien ton directeur de thèse et qu'on travaille dans la même voie, donc ça m'intéresse personnellement ce genre de choses. Donc déjà je suis motivé, je suis sensibilisé à ce genre de choses. Donc ça, c'est une première chose. Après, qu'est ce qui a pu me motiver ? Bien c'est de passer à l'application, parce que ça, on en a parlé déjà. J'ai lu pas mal de choses, notamment d'origine canadienne là-dessus. Et je voulais voir un petit peu ce qu'il en est. Au niveau canadien, il y a beaucoup d'écrits, beaucoup de choses qui sont dites et parallèlement à ça, parfois j'ai des échos comme quoi ils ont beaucoup plus de difficultés à faire ce qu'ils disent. Donc, j'ai voulu un petit peu mettre le pied à l'étrier, voir ce que ça peut donner.

- *Alors comment ça s'est passé ?*

- Alors c'était hier. Sur le plan technique bien, on n'a pas été bloqué par la technique. Ca, c'est important. On a eu simplement le problème que : j'avais prévenu la patiente avant et ensuite j'avais mis du temps pour qu'on puisse faire la supervision directe ; la patiente, qui d'habitude est toujours à l'heure, est arrivée hier 20 minutes en retard. Donc, ça a un petit peu réduit la supervision directe après. On a été un petit peu pris par le temps. La méthode est chronophage, c'est-à-dire que, après ça dépend de la longueur de la consultation ou si on prend toute la consultation ou pas toute, là on avait tout pris, j'ai pas regardé la durée de la consultation, mais quand on a voulu la regarder, on a regardé surtout l'entretien et la fin, on a été malheureusement obligé de squizzer l'examen clinique du fait qu'on était en retard.

Au niveau pratique, alors, la méthode permet de visualiser des choses qu'on avait oublié, qu'on n'a pas vu pendant la consultation. Moi, j'essayais d'être un petit peu par là, j'étais pas trop loin, je naviguais dans le coin, et donc il y a des choses que j'avais vu avant la rétroaction.

- *En fait, il y avait la caméra et vous en supervision directe ?*

- Oui, j'étais prêt de la caméra pour être sûr que ça marche bien.

- *Est-ce que ça a eu des conséquences sur la consultation ?*

- Non. Et pour la patiente, mis à part à la fin, s'est bien concentrée sur l'interne. Elles ont bien travaillé ensemble. Elle m'a regardé un petit peu au début, j'étais dans un coin je regardais la caméra, du coup finalement je pense que la patiente m'a oublié à un moment donné, surtout pendant l'examen clinique. Ce qui est important, finalement, c'est que elle, l'interne a vu beaucoup de choses sur le film. On est tombé d'accord sur ce qu'elle a vu. A un moment donné elle était en retrait et écoutait bien, on a pu constater qu'il y avait une écoute du patient. Aussi elle a pu voir que la patiente avait un faciès, pendant le début très figé, elle était anxieuse, et à la fin de la consultation beaucoup plus détendue. Et l'interne a vu une modification de la patiente, donc, il y avait une interaction entre elles.

- *Vous avez regardé le non verbal...*

- Alors le non verbal, c'est en regardant la vidéo qu'on l'a le plus travaillé effectivement. Il y a eu des choses positives : l'interne acquiesçait de la tête, des clignements de cils...voilà. Il y a eu un élément très important, ce sont ses mains. On s'est rendu compte qu'à un moment donné, elle était trop fermée. Elle approuvait un petit peu moins bien, elle s'est rendue compte qu'elle avait une attitude fermée.

- *Donc c'est l'interne qui s'en est rendu compte ?*

- En fait, je pense qu'on s'en est rendu compte tous les deux en même temps, en visualisant les choses. Donc ça permet finalement de voir des gestes, de voir l'interne en détaillant, plus que quand on est là. En fait, moi j'ai fait comme si je n'étais pas là. Je regardais surtout la caméra, je n'ai pas essayé de trop regarder la consultation. En regardant la vidéo, on voit des choses qu'on ne voit pas forcément quand on regarde l'interne directement parce que là, on est tourné vers une personne ou une autre, on regarde; alors que quand on est dans la pièce, on est pris par autre chose, c'est une consultation triangulaire. Chose qui n'était pas tout à fait vrai pour ce jour là.

- *Pensez-vous que votre discussion avec l'interne, par exemple sur le non-verbal, va être utile à l'interne ? Est-ce que ça va lui servir pour plus tard ?*

- Oui tout a fait. Elle l'a vu en même temps que moi, on était d'accord là-dessus. On l'a regardé, je ne sais pas lequel a remarqué qu'elle avait les mains fermées. On a discuté, il y avait un échange d'idées. Donc elle s'est vue et c'était très important pour elle. Peut être que c'est moi qui lui ai dit « t'as vu tes mains ? » mais après, elle a pu le visualiser. Elle s'est rendue compte aussi des choses positives. Car il y avait des choses positives, des choses qu'il faut continuer à entretenir et ça c'est vraiment important et des choses négatives. Donc là-dessus, c'était très très important. Le ton aussi de la voix, on l'entendait, elle ne parlait pas assez fort. Elle s'est rendue compte qu'elle ne parlait pas assez fort à la patiente. Ça donnait un côté un peu trop timide à des moments. Donc, ça aussi elle s'en est rendue compte. Voilà. Qu'est ce qu'on a pu remarquer d'autres ? Alors, il y a eu une chose qui s'est passée aussi dans cette consultation : on a dit qu'on ne filmait pas l'examen clinique. Malheureusement donc, il s'est passé des choses hors caméra : elle s'est assise derrière la patiente, il y a eu beaucoup d'échanges avec la patiente et on a pu constater qu'il y a eu un échange important pendant l'examen. On l'a entendu.

- *Avez-vous une petite frustration de ne pas avoir filmé l'examen ?*

- Non finalement il n'y a pas de frustration... oui, bon j'aurais eu une frustration si je n'avais pas vu, entre guillemets. Mais c'est vrai que sur une patiente anxieuse, comme on a dit, on n'aurait pas pu faire un examen sans rien dire, elle était trop anxieuse, il fallait continuer.

- *Pensez-vous qu'il faille filmer l'examen clinique et que les patients accepteraient ?*

- Je pense que pour certains patients ce serait important. Car là il y a beaucoup de communication pendant l'examen car on est plus proche...Il y a eu pleins de choses qui ont été dites effectivement, il y a eu énormément d'échange. Et c'est vrai que ça pourrait se faire. Bon peut être pas tout le temps pour des côtés d'intimité, effectivement, mais c'est vrai qu'on pourrait le demander à certains patients, effectivement, si on peut filmer, tourner la caméra. Je pense que c'est important parce qu'il se passe des choses pendant l'examen. On a entendu des choses, on en a écouté un petit peu mais on est passé un peu vite parce que malheureusement la patiente est arrivée en retard.

- *Faire la rétroaction prend beaucoup de temps ?*

- Alors la patiente était en retard, on est bien resté 20 minutes sur le film. Et on l'a fait un peu vite et on était pressé parce qu'on était en retard.

- *Vous trouvez que ça nécessite plus de temps ?*

- Je pense qu'avec une caméra, on a bien une demi-heure d'exploitation, si on veut bien exploiter tout. Peut-être qu'avec l'expérience aussi, ça va plus vite. Et puis après aussi, tout dépend de l'interne, en fonction de l'interne on a beaucoup de choses à dire. On ne dira pas tout, bien sûr, sur une consultation. Là je pense que c'était une interne qui a beaucoup évolué, donc on avait peu de choses à dire. Et on était d'accord, il n'y a pas eu de discussion où on devait repasser les choses pour voir qui avait raison, elle s'est bien rendue compte, elle a une analyse assez importante. Mais, même si elle analyse les choses, c'est bien qu'elle puisse le visualiser et que je puisse lui confirmer que je pense la même chose qu'elle.

- *Concrètement, ça s'est passé comment la rétroaction ?*

- Alors le film fait que ça déstructure un peu la rétroaction comme on peut la faire dans la supervision directe qui est beaucoup plus cadrée, plus structurée. Peut être parce que je n'ai pas l'habitude de faire une supervision directe avec un film, aussi. On était tourné sur les éléments du film et on était tourné plus sur le non-verbal, parce que c'est nouveau. Donc on a beaucoup insisté sur sa posture, sa position sur la chaise, comment elle était installée par rapport à la patiente, l'intonation de la voix également. C'est un outil nouveau et je pense que, le fait que ce soit un outil nouveau, le côté technique, ça s'est bien passé mais on était un petit peu anxieux pour savoir si tout allait se passer bien, je pense qu'il doit y avoir un biais de perturbation pour savoir comment on va faire la rétroaction.

- *Vous étiez stressé par la technique ?*

- En fait ça s'est très bien passé. Par contre c'est vrai que si ça s'était mal passé, il y aurait eu du stress. Je voulais que ça se passe bien, donc j'ai regardé, c'est pour ça que je suis resté un peu par là, ça a été du coup une supervision ni directe ni indirecte, semi directe.

- *En discutant du non-verbal, est-ce que vous avez essayé de creuser un peu les choses, comprendre les attitudes ?*

- Non. Si, le côté fermé, je pense que c'était un moment où elle pensait que la patiente avait dit assez de choses et elle voulait passer à l'examen clinique. C'est ce qu'on s'est dit, on l'a évoqué d'ailleurs. A un moment donné, elle s'est retirée, elle était moins acquiescante et en fait, pour elle, l'interrogatoire était fini, il fallait qu'elle passe à autre chose, elle devait juger que la patiente lui avait peut être tout dit. Après ce n'est pas une attitude complètement négative, mais il faut qu'elle ait conscience de ce qu'elle représente. Ce n'est pas juger, l'attitude était peut être suffisante pour montrer à la patiente qu'il faut passer à autre chose. Par contre si elle avait eu cette attitude dès le début, ça aurait peut être été négatif.

- *Je vois que vous avez pas mal bossé sur le non-verbal...*

- Mais l'intonation était intéressante. Un ton peut être un petit peu trop doux par moment, qui va avec son comportement, elle ne va pas changer sa façon de faire. Mais, comme elle l'a dit, en étant douce, elle ne parle pas assez fort, et ça met un manque de conviction sur certaine chose. Elle s'est rendu compte aussi d'autres choses, c'est que deux ou trois fois, elle n'a pas pu aider la patiente à trouver un mot ou à rectifier ce que la patiente disait. La patiente voulait dire neuropsychiatre pour sa sœur et elle avait de la peine à trouver le

terme. Elle n'a pas essayé de l'aider là, et une autre fois aussi, la patiente a confondu vastarel<sup>o</sup> et voltarene<sup>o</sup>, et elle n'a pas tilté pour corriger la patiente. Donc on s'est aperçu qu'il y avait un petit décalage à ce niveau là.

- *Comment a réagit l'interne de se voir en film, de voir justement ces petits défauts ?*

- Hé bien, elle a bien réagit. C'était très positif pour elle. D'ailleurs on ne l'a pas encore détruit, elle veut le revoir de nouveau. Donc pour elle c'est important, elle veut avoir plus de temps pour bien le revoir.

- *Ca a été une source d'angoisse ?*

- Pour elle ? Non. J'avais plus peur pour la patiente qui était anxieuse. Elle était encore plus anxieuse que d'habitude parce qu'elle était en retard, elle était en retard parce qu'elle avait des soucis. Et elle était tellement anxieuse qu'elle n'a même plus vu la caméra. Donc c'était bien pour ça. Si elle avait été moins anxieuse, elle aurait peut être plus pensé à la caméra.

- *Si je comprends bien pour la patient ça s'est bien passé ?*

- Donc ça s'est très bien passé, la patiente a complètement oublié la caméra. Enfin, c'est mon ressenti. Je pense qu'elle était tellement dans son problème à discuter avec l'interne qu'elle m'a oublié et a oublié la caméra. C'était parfait pour ça.

- *Et vous alors, quel a été votre propre ressenti en faisant la rétroaction ?*

- Alors c'est vrai qu'on est un peu pris pas les images et le son, ça déstructure un peu le côté habituel d'une supervision, c'est d'autres éléments à prendre en compte...Je pense que c'est à moi à m'habituer à faire ce type de supervision avec enregistrement vidéo.

- *Donc le fait que ce ne soit pas trop cadré comme supervision, ça vous a fait ressentir quoi ?*

- Le fait que ce soit un SASPAS, on est peu habitué déjà à la supervision directe. On en fait juste un petit peu au début. Pour moi, c'est un plus. C'est un plus qu'on a besoin d'apprendre nous aussi à exploiter. J'ai beaucoup apprécié parce qu'il y a des choses que je vois un peu plus, que je peux détailler et qu'on voit tous les deux. On peut dire : « Tu vois, on voit ça, ça, ça et ça... ». On peut s'appuyer sur le film comme appui pédagogique. C'est un support indéniable. Et aussi ça fait participer l'interne aussi et ça c'est important. Le seul problème est qu'il faut que je m'habitue à travailler avec cet outil et qu'il faut sélectionner, alors c'est sûr qu'on ne va pas le faire tout le temps, de toute façon la supervision directe ne se fait pas à chaque consultation, mais il faut cadrer certaines consultations et il faut jouer avec cet instrument sur certaines consultations. Avec peut être des objectifs parce que si on le fait plus souvent, on peut, peut être, avoir noté des détails et voir si elle le reproduit la fois suivante.

- *Pour vous il faut des objectifs pour faire cette méthode ?*

- Oui tout a fait. Des objectifs sur le ton de la voix, sur la position des mains, voilà. Après on trouvera certainement d'autres choses à force de l'utiliser sur la position...tout ça c'est extrêmement important. Et il y d'autres choses que j'ai vu et qu'on a pas eu le temps de discuter parce que du fait du temps et aussi pour l'interne parce qu'on ne va pas tout revoir. D'ailleurs les questions qui se posent sont : combien de temps après la consultation doit-on le revoir ? Est-ce qu'on doit le revoir une deuxième fois ? Est-ce qu'on doit le regarder chacun de notre côté puis après en discuter ensemble ?

- *Vous vous imaginez plusieurs manières de l'exploiter ?*

- Je crois. Le tout c'est une question d'organisation après.

- *Pensez-vous que cette méthode a un avenir ?*

- [sourire] Est-ce que ça a un avenir ? Je ne sais pas. Déjà je ne sais pas combien ça vaut le matériel, il y a le côté financier, et après c'est un côté organisationnel. C'est un outil performant mais ça prend du temps. Si on veut bien l'exploiter, ça prend du temps. Car on refait la consultation. Alors, peut être, il faut faire qu'une partie de la consultation pour pouvoir pas regarder toute une consultation entière. Filmer tout mais regarder et se concentrer que sur une partie de la consultation. Il vaut mieux en faire moins mais de qualité.

- *Ce serait plus gérable pour vous au niveau de l'organisation ?*

- oui, en plus il se passe pleins de choses dans les consultations qui ne servent à rien qui n'ont aucun intérêt pédagogique. Donc autant essayer de se concentrer que sur une chose. Par exemple l'accueil du patient. Parfois, on s'aperçoit qu'on ne serre pas la main, qu'on ne regarde pas, qu'on regarde de suite le dossier. Il y a aussi l'entretien, comment on démarre aussi... On pourrait éventuellement travailler que sur une partie de la consultation car sur toute une consultation, ça fait beaucoup d'informations, c'est du temps aussi, donc c'est vrai que c'est un peu chronophage. Donc peut être que cette méthode devrait être faite pour des moments de consultations, ce serait peut être plus pratique. Ou alors, il faut vraiment réserver un long moment que pour ça. Mais ça dépend de l'organisation du médecin, il faut avoir une demi-journée que pour ça.

- *Donc si vous vous investissiez dans cette méthode, ce serait sous certaines conditions ?*

- Oui. Toujours pareil, si on le fait mal, c'est dommage. Donc j'avoue quand ce moment j'ai beaucoup de travail aussi. C'est aussi mon repère. Parfois la supervision indirecte, j'ai du mal à la faire aussi, donc, bon, c'est vrai que je me dis que cette méthode c'est bien, mais ça rajoute du temps. Donc il faut le savoir. Il faut trouver des méthodes, peut être le revoir plus longtemps après... Il y a différentes manières de faire.

- *Les avantages sont-ils supérieurs ou inférieurs aux inconvénients ?*

- Les avantages sont quand même supérieurs. Pour l'intérêt de l'interne, le côté pertinent de l'amélioration de son comportement, est largement supérieur aux inconvénients. Les inconvénients sont plus pour le médecin, l'organisation et les avantages, plus pour l'interne.

- *Donc il n'y a aucun avantage pour vous ?*

- Si quand même car quand on veut faire de la pédagogie, on aime ça. Si, si il y a des avantages. Moi j'aime bien travailler comme ça, d'ailleurs si j'ai dit oui pour faire l'étude c'est aussi pour ça. Ca m'a plu mais je me dis comment le mettre en application ? Ce n'est pas la peine de regarder le film si on dit rien du tout, si on fait rien, si on n'a pas le temps d'exploiter tout ça. Sur le plan financier, ça coûte combien ?

- *Il faut compter deux cents euros pour la caméra et le trépied.*

- J'ai pensé au prix parce que je me suis dit qu'il faudrait peut être que je l'utilise, même si officiellement, on n'a pas à travailler là-dessus, et puis même pour les séminaires de



communications, j'aimerais bien présenter des films. Donc c'est vrai qu'on est énormément marqué par ça quoi. C'est vrai que si on veut travailler avec ça, il faut que le matériel ne soit pas trop onéreux, soit fiable. Il ne faut pas que le matériel interfère avec la qualité de la pédagogie. Après ça dépend de chaque médecin, s'il est tourné vers les nouvelles technologies ou pas. Voilà.

- *Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?*

- Ce que je rajouterai, j'attends avec beaucoup d'intérêt le résultat de ton travail car cette méthode m'intéresse beaucoup et je pense que dans la communication, on ne peut pas travailler autrement. Et comme notre métier est un métier de communication, on aurait besoin de travailler ces outils, même le médecin installé. Tout médecin aurait besoin de travailler là-dessus. C'est une façon de les aider à faire une autocritique d'eux même positive. Peut être que plus tard, on ne concevra la médecine qu'avec une caméra pour se regarder ou de temps en temps. Je pense que c'est l'avenir. La technologie s'améliorant, on va peut être pouvoir faire des choses plus pratiques et fiables qu'avant. Pour moi, déjà cette expérience a été positive. Le seul regret pour moi est le retard de la patiente qui ne m'a pas permis le temps d'exploiter les choses. Comme je ne voulais pas changer de patient, qu'elle était prévenue et qu'elle avait dit oui, que tu récupérais le matériel le lendemain, j'aurai changé de patient.

- *Dans la journée il y a toujours des contraintes imprévues, non ?*

- Si tu veux, là, tu récupérais la caméra le lendemain et je devais faire la rétroaction rapidement car j'avais des cours à faire, et toi tu as ton timing. Si j'avais pu faire la rétroaction le soir, ça aurait été différent. C'est peut être ce biais dans l'étude qui m'a perturbé. Mais on le reregardera, l'interne a demandé à ce qu'on le garde pour pouvoir le voir une deuxième fois. Et puis elle a joué le jeu, elle n'était pas gênée. Je pense que ça fait parti des choses qui vont nous permettre de progresser, de se voir et de progresser.

- *Autre chose à dire ?*

- Effectivement l'intérêt est de voir l'attitude de l'interne et de lui montrer son attitude, de voir aussi l'intonation, la façon de parler aussi, pas que le contenu, c'est très important et là aussi l'interne peut le voir. Ça permet aussi de voir la réaction du patient, l'effet de l'interne sur la patiente. Quand à l'examen clinique, il s'est passé beaucoup de choses qu'on a entendu et qu'on a pas filmé, bon moi je l'ai vu parce que je naviguai. La position était la position de l'interne dans l'examen était très intéressante. Elle était assise derrière, pour écouter. Comme j'ai dit, peut être qu'il faut faire des choses pas trop denses pour la supervision directe après, une partie de la consultation et puis changer au fil du temps.

- *La manière d'examiner fait parti des compétences relationnelles ?*

- Oui, la relation ne s'arrête pas là et il y a beaucoup de choses qui sont dites pendant l'examen, beaucoup d'attitudes effectivement, alors ça dépend du patient et du médecin aussi. Mais si on ne prend que l'entretien, on risque de dire « t'as pas dit ci ou ça » alors que ça s'est dit après pendant l'examen. Mais on peut très bien travailler que sur une partie et pour l'examen, si ce n'est pas un examen trop intime pour le patient, ça peut être fait. La position est importante dans l'examen, de mettre à l'aise le patient. Il y a un truc qu'elle n'avait pas dit, c'est de dire à la patiente « vous pouvez vous rhabiller », c'est des petites choses mais quand même.

- *C'est une chose que vous avez noté et discuté ?*

- On l'a noté oui.

- *En étant enseignant à la faculté, est ce que vous voudriez faire la promotion de cette méthode ?*

- Oui je suis tout à fait d'accord pour essayer qu'on travaille là dessus, on a des choses à faire là-dessus, Oui, oui tout à fait.

- *Donc à tester et évaluer ?*

- Je pense qu'on a besoin d'évaluer les choses, c'est vrai que même dans le séminaire communication, on peut éventuellement filmer des gens sur place, dans des jeux de rôle, soit mimer un « bon médecin » et un « mauvais médecin » pour montrer les erreurs de communication qui peuvent être faite dans une consultation.

- *L'inconvénient que j'ai noté dans votre discours, c'est surtout le temps en fait ?*

- Exactement mais peut être qu'il peut y avoir une gestion différente en faisant la supervision directe pas tout de suite. Mais avec l'expérience aussi peut être qu'on arrivera plus à manier l'objet, à aller sur certaines parties importantes dans la consultation et travailler ces parties. Donc à ce moment là ça ne sera peut être pas plus chronophage qu'une supervision directe sans caméra.

## Entretien 4

- *Merci d'avoir participé à ma thèse dont le sujet est point de vue des maîtres de stage sur les avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes à la communication. Pour commencer, qu'est ce qui t'as motivé à participer à la thèse ?*

- Pour te faire plaisir (rires)...Aussi parce que c'est une méthode que j'avais envie d'essayer tout simplement. Pour savoir si ça m'apportait quelque chose sur la communication, si j'apprenais plus sur la communication de l'interne par rapport à la supervision directe que l'on fait parfois avec l'interne. Pour savoir si ça apportait un plus parce que souvent l'interne dit que quand on n'est pas avec lui en consultation, son comportement est différent. Donc je voulais savoir si, effectivement en étant trois, il y avait un grand changement de la communication de l'interne avec le patient.

- *Est ce que ça a apporté quelque chose ?*

- Non, je me suis rendu compte, en tout cas pour l'interne qu'on a actuellement, qu'il n'y avait pas de changement dans sa communication. Par contre, ce que ça m'a apporté c'est de voir son raisonnement clinique jusqu'au bout. Parce que parfois, en supervision directe, l'interne ne va pas jusqu'au bout du raisonnement clinique. On fait la fin de la consultation parfois ensemble parce qu'elle se pose la question : est-ce qu'elle va faire comme moi, ou je participe à la décision parce qu'elle est gênée de prendre cette décision alors que je suis là. Alors que là je l'ai vu aller au bout de sa démarche et prendre sa décision toute seule.

- *Donc en supervision directe sans caméra, c'est plus une consultation triangulaire si je comprends ?*

- Oui surtout à la fin de la consultation.

- *De manière générale, comment s'est passée cette consultation enregistrée ?*

- Alors c'était une consultation facile. Sur le plan du fond, il n'y avait pas de soucis particulier et sur le plan de la forme, de la communication, je l'ai trouvée telle que je la connaissais. Donc j'ai l'impression que cette fois là, ça ne m'a rien apporté de plus.

- *Et est-ce que tu penses que pour elle, le fait de faire de la rétroaction, est-ce que ça lui a apporté quelque chose ?*

- Elle m'a dit que dans cette consultation, ça ne lui avait rien apporté. Alors, elle s'est vue un petit peu. Mais, elle m'a dit que, comme elle n'avait pas de grilles de lecture pour regarder la vidéo, elle avait du mal en la voyant à analyser tout ce qui était verbal, non-verbal...faire la part des choses, ce n'était pas évident. On ne l'a vu qu'une fois la vidéo, et ça ne lui a pas apporté grand-chose pour cette consultation. Mais elle s'était dit que peut être pour une consultation plus complexe ou la communication est beaucoup plus importante, ça lui aurait peut être plus apporté de voir comment elle réagissait face à des résistances par exemples du patient ou dans un suivi psy. Peut être que ça lui apporterait quelque chose pour mieux évaluer elle-même sa communication et de pouvoir en parler avec le maître de stage.

- *Elle aurait envie de le refaire alors sur une consultation plus complexe ?*

- Je ne pense pas...Je ne veux pas m'avancer pour elle mais je pense qu'elle était assez mal à l'aise. Elle n'avait pas très très envie de se faire filmer, elle a accepté que pour cette fois là. C'était quand même pas facile à accepter pour elle. Et puis elle m'a dit qu'il fallait vraiment avoir confiance au maître de stage, qu'elle n'aurait pas pu le faire avec tout le monde, qu'il faut qu'il y ait quand même une proximité suffisante, une confiance suffisante avec le maître de stage pour qu'elle le fasse.

- *Est-ce que tu penses pareil ?*

- Moi...Comme ce n'était pas pour la juger, je l'ai fait pour évaluer la méthode, et comme je la connais, puisqu'elle est en fin de stage, je ne comprenais pas sa gêne à être filmée en fait.

- *Et par rapport à ce qu'elle disait sur la relation de confiance...est ce que tu penses que c'est important que l'interne et le maître de stage se connaissent bien ?*

- Moi j'ai la vision du maître de stage et c'est ma vision du maître de stage. Je ne juge pas l'interne. J'accepte qu'il soit différent de moi. Après je repère des particularités de son caractère, de sa façon d'être...mais je le prends comme des différences qui sont plutôt constructives, parce que je n'ai pas eu non plus pour l'instant de problème avec l'interne. Mais l'interne doit se sentir jugé je pense avec ça. Peut être qu'il y a des maîtres de stage qui doivent juger cette différence, qui ne prennent pas cette différence comme une richesse ou que l'interne perçoit que le maître de stage est comme ça...et que c'est peut être une difficulté pour l'interne. Donc effectivement il faut avoir confiance en son maître de stage, oui.

- *Donc pendant la rétroaction, tu n'as pas du tout jugé, tu as fait attention à ne pas juger ?*

- Oui mais j'ai pas été surprise non plus parce que je la connais, je l'ai déjà vue en supervision directe et ça n'a pas changé grand-chose, ça ne m'a pas changé ma vision sur sa manière de communiquer. Et puis par contre j'étais un peu mal à l'aise pour juger en plus parce que je n'avais pas de grilles pour juger, je n'avais pas de support, donc c'était avec mes connaissances qui ne sont pas parfaites, avec ma sensibilité...et je n'ai pas vu en plus de choses à critiquer, c'était une consultation facile, qui s'est bien passée. Je trouvais qu'elle communiquait bien. Juger...je n'avais pas en plus de support concret, c'était plus du feeling, donc c'est un peu difficile de juger quelqu'un sur du feeling.

- *D'accord, tu trouvais que c'était pas assez cadré...*

- Oui, et pour aller plus loin dans la communication, peut être qu'il faut avoir quelque chose de cadré pour aller plus loin et pour pouvoir l'aider, et le maître de stage aussi en même temps...C'est vrai que ça peut permettre aussi au maître de stage de réfléchir à sa manière de faire.

- *D'accord, donc il n'y a pas eu d'avantages à faire cette méthode ?*

- Non, je n'ai pas trouvé d'avantages, à part qu'elle est allé jusqu'au bout de la consultation, je savais un petit peu déjà la manière dont elle réfléchissait avec la supervision indirecte.

- *Est-ce que ton point de vue sur la méthode a changé du fait de la tester ?*

- Je n'avais pas d'à priori sur la méthode, je ne savais pas si c'était bien, pas bien, ce que ça allait m'apporter. J'avais toujours envie d'être la petite souris dans la consultation

donc on se dit « à peut être ça va m'apporter quelque chose »... et j'ai été déçue en quelque sorte que ça ne m'apporte rien et que ça n'apporte rien à l'interne... en tout cas pour cette consultation. Il faudrait peut être le renouveler pour savoir sur une consultation plus difficile si ça serait pas plus intéressant.

- *Est-ce que ce serait possible de le renouveler ?*

- Je ne pense pas que l'interne ait envie et après il faut trouver la consultation difficile qui faut... Et il faut que le patient accepte. Si c'est une consultation difficile peut être que le patient sera... enfin ça c'est une supposition... peut être que le patient sera moins volontaire parce que c'est pour lui difficile. Après, une consultation difficile, ça peut être tout simplement des parents qui refusent des vaccins, là peut être que les parents peuvent accepter. Quand même le relationnel joue beaucoup, l'entretien motivationnel, tout ça, c'est important.

- *Est-ce que toi tu serais prête à l'intégrer dans ton enseignement ?*

- Oui pour essayer à nouveau, pour voir si ça apporte quelque chose et peut être selon l'interne. En fonction de... si vraiment l'interne est très gênée par la supervision directe, si elle se sent vraiment mal à l'aise, peut être que ça serait un plus d'avoir une caméra pour voir comment ça se passe réellement et pouvoir en discuter avec l'interne.

- *Si en supervision directe ça se passe bien avec l'interne, toi tu penses qu'il y a pas besoin d'une caméra parce que le comportement, la communication ne change pas ?*

- Oui c'est ça

- *Est-ce que c'est possible de le faire chaque semestre ? voire tous les jours ?*

- Tous les jours, ça me semble lourd car il faut avoir le matériel, l'installer, avoir l'accord du patient... et c'est peut être un peu lourd pour l'interne aussi de se sentir filmer tout le temps... à moins que ce soit une demande de l'interne pour travailler sa communication, euh... chaque trimestre...chaque semestre pourquoi pas oui.

- *Au niveau de l'organisation matérielle, comment ça s'est passé ?*

- Alors le problème c'est que je n'étais pas là, c'est un jour où j'étais absente, donc je ne sais pas comment ça s'est passé. L'interne m'a rapporté que ça c'était pas si mal passé mais que c'était un peu compliqué parce que tu étais en remplacement et que tu avais du mal... que c'était difficile parce que t'avais des rendez vous et qu'en même temps tu devais expliquer à ses patients et qu'elle elle se sentait pas d'expliquer à ses patients parce que elle pensait que c'était plutôt de ton ressort donc elle avait l'air de dire que ça avait été un peu compliqué mais qu'après une fois que tout avait été mis en place, ça avait roulé.

- *Il y avait une gêne pendant la consultation ?*

- Elle avait peur d'être gênée par la caméra mais en fait ça ne l'a pas gêné. Une seule chose c'est que c'était une consultation avec une petite fille et sa maman... et la petite fille regardait parfois la caméra. Donc je pense que ça a un peu gêné la petite fille. La maman, je pense qu'elle a fait abstraction comme l'interne mais la petite fille regardait quand même beaucoup la caméra donc ça a du quand même un peu interférer dans la relation.

- *Je crois qu'il y a eu des soucis pour visionner le film ?*

- Oui, alors ça c'était des soucis techniques. C'est parce qu'on avait pas un processeur suffisamment important sur notre ordinateur donc il a fallu que je vois avec mon mari pour transformer la vidéo mais après on a pu la voir sans problème.

- *Ok, est-ce que tu penses que cette méthode a de l'avenir?*

- *rire...* je ne sais pas, j'attends de voir, j'aimerais bien savoir quand même ce que les autres ont ressenti d'être filmé. Je trouve que ce travail est intéressant quand même... après est-ce que ça a de l'avenir, je ne me prononce pas, j'ai pas d'idée. Avec ce que j'ai vécu, ça ne m'a pas apporté grand-chose. Ça veut pas dire que... je suis un peu restée sur ma faim, je me dis que peut être une autre situation ça m'aurait apporté peut être plus et ça aurait apporté à l'interne aussi.

- *D'accord ... donc là l'interne n'y a pas trouvé d'intérêt, si je comprends bien ?*

- Non non, mais peut être que c'est une méthode à utiliser parmi tant d'autres, en fonction des besoins de l'interne, et en fonction de sa façon d'être, peut être à lui proposer. C'est un outil qu'on doit utiliser pour chaque interne : ça j'en suis pas sûre... d'après ce que j'ai vécu là.

- *D'accord... toi au niveau de la communication, est-ce que il y a des choses importantes que tu aimes transmettre ?*

- Oui... alors c'est des choses un petit peu bête... j'aime bien quand on parle aux enfants, quand on leur fait parler, qu'on leur permet de s'exprimer, qu'on soit ouvert aux représentations des patients, qu'on les laisse s'exprimer... après ce n'est pas toujours des choses que je fais... J'aime bien par exemple les internes qui gardent beaucoup leur calme face à des situations de stress du patient, qui arrivent à rester calme, ça je trouve que c'est vraiment... ça m'épate toujours. Voilà, ça c'est des grandes idées qui sont importantes pour moi.

- *D'accord, et dans ton enseignement, tu essaies de le faire passer ?*

- Alors nous avons des internes qui sont en deuxième stage d'internes et qui sont donc beaucoup indépendants. Alors ceux qui viennent en consultation avec moi, ils voient comment je fais. Donc je montre un peu ma manière de faire qui n'est pas forcément parfaite. Mais ça leur donne une idée, ça leur fait réfléchir sur eux comment ils font. Et moi je les vois faire aussi quand ils viennent consulter avec moi, mais la plupart du temps ils sont seuls. J'arrive à les voir aussi quand ils discutent avec des patients dans d'autres endroits que le bureau, dans la salle d'attente par exemple... mais j'ai pas l'impression de leur enseigner des choses. Après on discute aussi des cas en supervision indirecte. J'ai plutôt l'impression de recueillir la façon dont ils voient les choses, ça les fait réfléchir après en revoyant le problème à distance, ça les fait réfléchir sur la façon dont ils ont géré la situation et ils trouvent souvent leur solution à eux. Alors des fois, moi je leur dis : « ah bah tiens, moi j'aurais fait comme ça » mais je dis pas « il faut faire comme ça ». Donc je n'ai pas l'impression d'enseigner.

- *Oui, tu préfères par rapport au besoin de l'interne... ?*

- Bah, j'ai l'impression que l'interne sait trouver ses solutions, moi je suis plutôt un guide... *rires...* un guide ça fait un peu religieux peut être...

- *Est-ce que tu as déjà une idée parmi les méthodes que tu as déjà essayé, la méthode qui te permet le mieux d'aider l'interne quand il te parle du relationnel et de la communication ?*

- Je crois que je suis pas très très à l'aise sur... enfin j'ai des notions de communication, j'ai fait des formations, je donne quelques fois des conseil sur des petits trucs que j'ai appris, des petits trucs qui marchent bien « tiens j'ai appris ça, je trouve que ça marche bien.. » des fois, l'interne essaye, j'ai des retours, il me dit « ah tiens j'ai essayé, ça marche bien » Mais je n'ai pas de méthode, c'est de la discussion, de l'échange, il n'y a pas vraiment de méthode, c'est plus de la discussion de cas qui apporte...

- *Ok, est ce que tu as des choses à rajouter ?*

- Non ça va...

- *toi quand tu as fait la séance de rétroaction, quel était ton ressenti ?*

- Bien je n'étais pas très à l'aise, car je n'avais pas de grille, je ne savais pas sur quoi la juger... enfin la juger... l'évaluer ou sur quoi discuter avec elle. J'avais trouvé que la consultation s'était bien passée, c'est difficile quand on regarde la vidéo parce qu'on a tendance à regarder beaucoup le patient, c'est notre habitude quand on est médecin, mais là il fallait que je me concentre sur sa manière de faire. Après ça s'est très bien passé, j'ai rien noté de particulier, j'étais un peu mal à l'aise de lui dire...enfin... je lui ai dit : « j'ai pas été surprise de ton attitude parce que c'est tel que j'imagine les choses en t'ayant déjà vue en consultation en supervision directe. Mais c'est vrai que si il y avait eu des soucis dans la communication, j'aurais été gênée, qu'est ce que je lui aurais dit, comment, sur quoi je vais me baser, est-ce que j'ai les connaissances nécessaires. Je me suis remis beaucoup en question sur mes connaissances, ma capacité à analyser une vidéo. Je n'étais pas sûre d'être capable de le faire et de lui apporter de l'aide...

- *Tu te disais : « qui je suis moi pour... » ?*

- C'est ça ! « qui je suis moi pour ... » enfin même si je le vois pas comme ça, mais elle le ressentait peut être de cette manière là. Je savais qu'elle avait été indécise pour se faire filmer et donc je vous voulais surtout pas qu'elle ressente ce jugement pour ne pas la mettre mal à l'aise.

- *Quel a été son ressenti tu penses ?*

- Plutôt bon je pense parce qu'elle a même proposé : « ben tiens, ça m'apporterait je pense de le faire sur une consultation plus difficile, voir comment je serais » Elle s'est quand même posée des questions : « est-ce que ça m'apporterait quelque chose ? » Elle a trouvé que c'était quand même un outil à exploiter. Enfin, ça c'est l'idée que je me fais à partir de ce qu'elle m'a dit. *Rires...*

- *Bien je vais la rappeler pour l'exploiter... rires as-tu autres choses à dire ?*

- Non, c'est tout.

## Entretien 5

- *Pourquoi vous avez participé à cette thèse ?*
- Parce que vous me l'avez demandé. Quand on me demande je ne dis pas non à priori.
- *Là vous aviez des à priori sur ce sujet là ? Vous aviez déjà une petite idée ?*
- J'ai déjà eu des vidéos dans des stages de communication. J'ai déjà été filmé une fois, je veux bien croire ça.
- *D'accord... et d'être filmé vous aviez ressenti quoi ?*
- Probablement ce qu'a du ressentir mon interne. Au départ il y a eu une petite gêne et après je pense qu'elle l'a oublié aussi
- *D'accord... c'est ce qu'elle vous a dit ?*
- Oui, au départ voilà, mais après je lui ai dit au bout d'un moment t'as pas oublié ? « si »
- *Bon et là du coup, de le faire, vous en avez pensé quoi ?*
- On en n'a pas vraiment tiré des choses très positives. Elle a bien fait sa consultation mais j'ai pas pu lui dire, tiens là t'aurais du dire ça ou t'aurais pu répéter une troisième fois. J'ai trouvé que sa consultation était correcte et je n'ai eu à redire
- *Et l'interne, est-ce qu'elle a eu des commentaires, des choses à redire ?*
- Non, elle a regardé et voilà. Plutôt amusée que prête à recevoir la bonne parole de la vidéo... *rire*. Donc ça n'a pas gêné, ça n'a pas gêné le patient. J'ai choisi quelqu'un que je connaissais suffisamment bien pour que ça pose aucun problème. J'ai pas l'impression que ça a gêné la consultation. Ça ne nous a pas apporté beaucoup de chose. Après, ça aurait pu.
- *D'accord, donc pour vous il n'y a pas d'avantages ?*
- Sur cette consultation, on en n'a rien tiré. Sur une autre ou à un autre moment ça pourrait.
- *Ca serait intéressant de le faire sur d'autres ?*
- Je ne suis pas demandeur. *Rire*. Donc c'est quand même... il faut faire deux fois la consultation alors que moi je suis jamais bien loin donc quand il y a quelque chose qui cloche, je le dis tout de suite donc c'est pas comme les internes qui travaillent vraiment tout seul tout seul et bon... prenons une consultation, moi je suis pas loin donc quand quelque chose me chiffonne je le dis au fur et à mesure.
- *Vous trouvez qu'avec la supervision indirecte vous êtes aussi efficace que... ?*
- oui et ce n'est pas du réchauffé.
- *C'est sur l'instant en fait ?*



- Voilà !

- *Donc pas demandeur parce que trop de contraintes ?*

- La contrainte n'est pas énorme, et le bénéfice n'est pas énorme non plus. Donc comme il y a une petite contrainte et pas trop de bénéfice la balance dont on parle aujourd'hui n'est pas très positive. Mais je ne pense pas que ça puisse être mauvais. C'est-à-dire que ça peut des fois être... on peut se voir buter dans un interrogatoire, on ressent tout de suite des silences, on ressent tout de suite quand il y a une baisse de régime. On ressent tout de suite ça sur une vidéo, ce qu'on ne ressent pas forcément dans le réel.

- *Et du coup, si votre interne vous dit : « ah j'ai du mal avec ce patient », est ce que vous pensez que là vous pouvez lui proposer : « on va filmer pour voir ... »*

- Non, j'ai eu une consultation difficile que j'ai faite moi aujourd'hui. Je savais que c'était pas facile... hein... une vidéo aurait été refusée.

- *Par le patient ?*

- Par le patient ! J'aurais même pas proposé, ça ne m'aurait même pas venu à l'idée. Il a déjà son blocage, je ne peux pas lui rajouter un truc supplémentaire.

- *D'accord, ce serait... ça aurait été un blocage ?*

- oui ça aurait été un blocage de parole, oui.

- *D'accord, donc là vous dites que ce n'est pas intéressant sur cette consultation mais peut être sur d'autres, donc sur quelles consultations ?*

- Je n'ai pas d'a priori. Je vois que sur cette consultation, la vidéo ne nous a rien apporté. Moi j'ai rien pu lui dire : « tiens là il y a un problème »... mais bon c'est vrai que l'écran était petit. Je m'en excuse j'ai pas su faire... mais sur le principe je pense que se voir en vidéo que ce soit pour faire de la médecine, pour faire du sport ou pour faire d'autres choses, ça peut toujours apporter quelque chose. Sur le principe, je suis pas contre... je peux pas vous dire que ça a été bénéfique sur cette consultation.

- *D'accord...est-ce que vous pensez que ça à de l'avenir ?*

- Je ne suis pas enthousiaste et vous ?

- *Bien je fait l'étude, c'est avantages et inconvénients de cette méthode, c'est recueillir et creuser sur les points de vue.*

- Le seul inconvénient, ça peut être un inconvénient de manque de naturel parce que l'un... parce que il va y avoir un film. Ça peut être un obstacle au niveau relation avec les patients. Je pense qu'au bout d'un moment cet obstacle tombe par terre car au bout de quelques minutes, il me semble que ... mais bon il faut quand même mettre en route la caméra, il faut on y va. C'est pas très lourd à faire si il y a un bénéfice, c'est pas un problème mais là il n'y a pas eu de bénéfice donc voilà... ça n'a pas été trop contraignant mais ça n'a pas été bénéfique.

- *D'accord, donc si je vous dis « demain on le fait régulièrement », si on vous le propose ?*

- Je ne suis pas demandeur.

- *Vous n'êtes pas demandeur... ok. Bon, vous vous êtes sentis à l'aise pour regarder le film ?*

- Oui, j'étais pas dans la pièce d'ailleurs... j'étais au cinéma. Non non moi je n'ai eu aucun problème là-dessus.

- *Et votre interne, du coup, elle était de votre point de vue par rapport à ça ?*

- On en n'a pas discuté longtemps... hein... elle m'a simplement dit : « ben au début, j'étais pas bien naturelle car je me sentais filmée, je lui ai demandé : « ça a duré longtemps ? » elle m'a dit : « non au bout d'un moment, c'est vrai que... j'ai l'impression que j'ai mené ma consultation comme si il y avait pas eu la caméra » hein... quand on a regardé le film...

- *Elle n'était pas gênée de voir le film avec vous ou de se voir elle-même ?*

- Elle ne reconnaissait pas sa voix, moi-même je ne reconnais pas ma voix quand je suis enregistré... non ça ne l'a pas gênée outre mesure.

- *D'accord bon, autre chose à rajouter ?*

- Non.

- *Ok... bon merci d'avoir participé*

- De rien.

## Entretien 6

- Alors l'entretien qu'on va avoir sera entièrement retranscrit et anonyme.

- D'accord.

- Merci d'avoir participé à ma thèse, est ce que je peux vous demander ce qui vous a motivé pour participer ?

- Bien vous savez je suis maître de stage et puis voilà, j'ai envie d'aider les étudiants. Je vous ai dit quand même que si nous, maître de stage, on ne vous aide pas à faire votre thèse et bien ce n'est pas les autres qui vont vous aider. Et puis voilà, et bon c'est vrai que l'idée est séduisante. J'ai eu l'impression dès le départ que ça risquerait d'être un peu compliqué à mettre en œuvre dans une routine. Bon dans le cas d'un essai pour une thèse on trouve toujours une personne motivée mais c'est vrai que demander aux gens déjà d'avoir quelqu'un qui les reçoit en l'absence de leur médecin habituel en plus d'avoir une caméra qui les filme faut leur expliquer que c'est anonyme et tout et en plus cerise sur le gâteau leur demander de signer un consentement écrit c'est pas quelque chose que je ferais en pratique courante pour évaluer mes internes. J'ai eu beaucoup de plaisir à le faire pour vous mais voilà.

- D'accord, bon vous trouvez que c'est compliqué... là l'administration vous direz « il faut le mettre en place pour les étudiants » vous répondriez quoi ?

- Ouais je me dirais que c'est une contrainte de plus non négligeable... peut être par gentillesse... par ce que moi je suis quelqu'un de... bon sans vouloir me jeter des fleurs... peut être assez souple... j'arrive à faire pas mal d'effort... peut être que j'aurais ré-accepté de le faire pour une ou deux consultations des internes... au début de la phase d'autonomie, pour m'assurer effectivement que quand il est tout seul, tout se passe bien. Mais souvent je me dis..., je sais pas, je vais peut être un peu vite dans mes réponses... peut être en redondance avec ce que vous me direz après... mais bon c'est pas grave. Moi je me dis que l'interne, quand il est bien dégourdi, avant de passer à la phase autonome, on sait déjà comment il se comporte et que là, bon par exemple, voilà le cas précis de cet entretien. J'ai pu apprécier effectivement sa façon de savoir poser les questions pour faire ressortir des antécédents, les signes d'accompagnement, les choses qui n'avaient peut être pas été dites d'emblée par le patient. Mais j'ai pas vraiment appris de choses... voilà... ça ne m'a rien révélé vraiment... j'ai pu évaluer que mon interne travaillait bien, qu'elle avait une bonne façon d'approcher le questionnaire d'interrogatoire des patients, que l'examen clinique... évidemment, là c'était une rhino, il y avait donc pas d'examen très compliqué, mais en l'occurrence... voilà, ça m'a conforté dans l'idée que je me faisais déjà. Ça ne m'a pas révélé vraiment...

- D'accord, ça ne vous à rien montrer sur les compétences de l'interne que vous ne saviez pas déjà ?

- J'ai pas dit ça, j'ai pas dit ça... j'ai dit que ça ne m'a pas montré de choses vraiment fondamentales. Ça m'a confirmé, l'impression que j'en avais déjà.

- D'accord et par rapport au ressenti de l'interne ? est-ce qu' il vous a dit des choses ?

- Non la seule chose qu'effectivement il m'a dit, c'était que la caméra était un petit peu gênante au départ mais très vite oubliée. C'est vrai que placée comme elle l'est, lui ne la

voit quasiment pas et le patient non plus... donc c'est vrai que c'est très peu gênant pendant l'examen et pour l'interne et pour le patient. Par contre ce qui est un peu gênant, c'est... bon ben d'abord informer le patient de la présence de la caméra et après c'est le consentement écrit qu'on est obligé de lui demander... bon ben ça malheureusement, on y coupe pas, c'est impossible d'y faire autrement.

- *Et ça c'est assez lourd ?*

- Je pense que si il y avait pas eu le consentement ça aurait été plus simple. Mais voilà, c'est une remarque purement théorique car, pour l'avoir fait moi-même des essais cliniques, on ne peut absolument pas travailler sans l'accord écrit du patient... donc c'est même plus la peine d'en parler... il faut faire... mais bon c'est peut être ça qui empêche un peu la réalisation de cette procédure à grande échelle... mais ça prend un peu du temps quand même... on finit les consultations à 20h00 car on finit rarement plus tôt... ben il faut encore prendre 20 minutes pour regarder la consultation et le commenter. Dans le cas d'un essai, on le fait très volontiers, mais c'est évident que on peut pas faire tous les jours 2 ou 3 consultations pour voir comment ça s'est passé quoi... ça c'est pas possible.

- *Ok, donc il y a la contrainte du temps pour faire la rétroaction derrière et aussi pour demander le consentement, c'est bien ça ?*

- Voilà !

- *Est ce que par rapport au consentement du patient, il d'autres choses qui étaient gênantes autres que le temps ?*

- Non à par ça, je vous dis une fois que les choses sont posées, que le patient a dit OK pour être enregistré et filmé et OK pour signer un consentement après ça ne pose plus de problème. Parce que une fois que la consultation est commencée... au bout je dirais 30 secondes peut être même pas, l'interne a oublié la présence de la caméra, tant qu'au patient, je crois qu'on ne lui aurait même pas parlé, il ne s'en serait même pas aperçu. Elle est placée sur un coin, sur le côté de la pièce, c'est tout petit...

- *Et ça a été facile de trouver un patient ?*

- Oui, oui oui... très facile. Dès l'après midi, l'interne avait 4 consultations. J'ai dit donc le premier ça va peut être compliqué, j'en ai quand même parlé, il a accepté, donc il n'y a pas eu de problème. Voilà mais je pense que le deuxième aurait accepté tout aussi facilement et après je ne me suis plus posé la question car je me suis dit qu'un cas suffisait. Donc ça n'a pas été compliqué...non.

- *Pour revenir un petit peu à la séance de rétroaction, vous m'avez dit que c'était long et que ... euh... ça ne vous a pas appris beaucoup sur l'interne... est-ce que lui il vous a fait des commentaires au cours de cette séance ? Est-ce que vous pensez que ça lui a apporté quelque chose à lui ?*

- J'essaie de me rappeler, car ça fait déjà une semaine... du coup j'ai un peu oublié...euh... ben j'ai eu l'impression qu'il était assez content de se voir tel qu'il était. Peut être qu'effectivement, ça lui a conforté dans l'idée qu'il était assez bien. C'est un peu le ressenti que j'en ai eu... il m'a pas dit comme ça ouvertement mais bon je lui ai dit « écoutes ça me fait plaisir, je vois qu'effectivement tu as bien décelé la demande réelle de la personne, en l'occurrence c'était un enfant, c'était donc le parent qui avait une demande... tu réponds aux questions annexes qui ont été posées, tu vas chercher un peu les choses que le père ne dit pas forcément donc c'est bien » je lui ai dit c'est bien

effectivement, j'ai senti qu'il était content parce que l'interne n'avait pas forcément conscience qu'il était capable d'aller chercher...

- *Lui-même a remarqué quelque chose en se voyant ?*

- Oui bon après vous savez quand on est acteur avec un observateur c'est difficile de se mettre trop en avant ou de se faire mousser. Il va pas dire oui c'est parfait j'ai bien travaillé... C'est un peu difficile. Mais j'ai senti, oui... quand je lui faisais une remarque, sur sa façon, sa capacité à demander, à poser des questions sur quelque chose qui n'était pas forcément explicitement posé, j'ai senti qu'il était content. Et quand même temps que lui aussi... euh a apprécié d'en avoir été capable mais sans pour autant en fanfaronner ouvertement. Implicitement, j'ai eu l'impression qu'il avait ce sentiment là qui était justifié d'ailleurs.

- *Est-ce que ça a modifié quelque chose dans votre relation maître de stage et interne ?*

- Non. Pour deux raisons, d'abord effectivement on arrive en fin de stage. Demain il fait sa dernière journée et puis il a fini ses 6 mois. Et je pense effectivement que cet examen... euh cette enquête aura été plus intéressante au début de la phase active, au mois d'avril, fin mai ou début juin, là ça m'aurait intéressé de le voir travailler seul, vraiment de savoir comment ça se passait et d'en discuter tranquillement avec lui... là on était en fin de stage, j'avais déjà appris à lui faire confiance et à apprécier ses capacités et donc j'attendais pas des choses très très... de grandes révélations de cette enquête, oui de cette enquête... on peut dire comme ça. Et d'autre part, voilà d'autre part il travaille bien... je veux dire il avait déjà acquis ma confiance.

- *En fait, ce que moi je comprends, c'est que en début de phase active, de voir l'interne à la caméra ça renforce votre confiance en lui ?*

- Voilà ! Revoir la consultation, voir comment il travaille. Bon là c'était une consultation simple, c'était une rhino, ça aurait été intéressant de voir pareil sur un sujet en détresse morale par exemple... c'est difficile parfois pour eux d'appréhender un sujet qui présente ces problèmes... de voir comment il se comportait, ça aurait pu effectivement soit conforter la confiance que j'avais en lui et de permettre de lui donner plus de confiance par la suite soit peut être lui dire : « attends là je pense quand même que t'es passé peut être un peu vite sur laisser raconter ce qu'elle ressent et l'interroger sur ce qu'elle n'a pas pu dire tout de suite. Là en l'occurrence pour lui je crois que je n'aurais pas eu trop de problème mais pour d'autres internes je pense qu'effectivement ça aurait pu être utile, oui. Là pour finir, j'ai affaire à un interne qui m'a pas posé problème de tout le semestre. D'emblée, quand il a fallu qu'il passe en phase active, il a su prendre les choses en main. Il m'a donné confiance pour lui faire confiance justement. Mais j'ai eu des internes dernièrement où la phase active a été difficile. Donc effectivement dans ces cas précis, la possibilité de filmer des entretiens m'aurait été très utile.

- *Ca aurait pu être une aide pédagogique pour...*

- Voilà une aide pédagogique entre la fin du premier et le deuxième mois et puis plus effectivement pour certains internes que pour d'autres.

- *Pourquoi ça vous aiderait avec certains internes ?*

- Parce que quand ils sont devant nous, ils ont une façon de se comporter qui n'est pas forcément celle qu'ils auront quand ils seront tous seuls. Plusieurs internes m'ont dit, je me sens beaucoup plus à l'aise lorsque je travaille tout seul que quand vous êtes là... moi je peux entendre mais du coup je ne sais pas ce qui se passe quand je ne suis pas là.

J'aimerais bien dans ce cas précis... mais il va peut être me dire « oui mais quand il y a la caméra, ça me gêne aussi ». Néanmoins je pense que la gêne est beaucoup moins importante d'avoir la caméra dans un coin de la pièce que un interne qui a un maître de stage qui est là que même si il dit rien est quand même très visible plus qu'une caméra sur un radiateur au coin de la pièce.

- *D'accord, ça serrai un petit peu comme regarder au trou de la serrure ...*

- Voilà tout à fait ! ça serait tout à fait ça.

- *Et vous après pour faire des séances de rétroaction, vous quel était votre ressenti au moment de la séance de voir... de regarder justement cette vidéo... vous avez eu un ressenti, je sais pas est-ce que vous étiez à l'aise ?*

- Très très à l'aise. Qu'est ce que je dirais... je pensais pas qu'on verrait aussi bien. Il y avait plus de problème avec le son pour entendre ce qui se disait, car il y avait une grosse distorsion. Peut être que le micro était un peu loin de la personne et en plus la personne ne parlait pas fort du tout même quand c'était le papa qui accompagnait, il ne parlait pas fort du tout. Ben du coup ça rendait un peu l'audition difficile, mais on y ait quand même arrivé. Mais par contre j'ai été très agréablement surpris par la qualité de l'image. On voyait très très bien ce qui se passait, les attitudes de l'interne, des mimiques, de la réaction de la maman, du papa et de l'enfant ça va. Ça rendait bien, on avait vraiment l'impression d'y être. Il y avait le petit problème du son mais bon en se mettant très près on arrivait bien à entendre mais bon au niveau de l'image, c'était vraiment parfait et du coup on avait l'impression vraiment d'être présent à cette consultation, c'est vrai que c'était bien...

- *Est ce que vous il y a des choses sur le relationnel avec le patient qui vous tiennent à cœur et que vous aimez transmettre à vos internes ?*

- Ah...je sais pas... je pense que contrairement à ce que font beaucoup de médecin, j'essaie de pas couper trop vite la parole à mes patients. J'essaie de montrer à l'interne que c'est important de les laisser parler, de reformuler pour montrer que nous avons bien compris ce qu'il a dit... être à l'écoute des demandes un peu non exprimées parce que effectivement j'ai eu des internes : des angines des mal à la gorge, bon ben ouvrez la bouche, il y a ça, je vous donne ça, terminé, pas d'examen plus précis, pas d'interrogatoire ... donc il ne leur demandait pas si ils avaient besoin de se reposer, et quoique ce soit, voilà... c'est un peu bâclé, expédié... donc moi j'essaie de leur donner l'idée que bon une consultation, ça mérite un certain temps, on laisse parler les gens, on les interroge, on va un peu au fond des choses pour leur faire dire ce qu'ils n'ont pas forcément envie de dire d'emblée, etc.... voilà. Mais bon je suis pas seul dans ce cadre là, voilà si le film de la consultation, ça m'aide à m'assurer que les codes que je leur ai fait passés ont bien été compris et appliqués. Ça dépend aussi du type de consultations qu'ils vont avoir à gérer.

- *Pour faire passer ces choses importantes, vous utilisez d'autres méthodes ? Vous pensez qu'il y a d'autres méthodes mieux ?*

- Bien la méthode que j'utilise, c'est de la consultation en ma présence. Moi je suis là, je dis rien, j'observe et à la fin on discute.

- *D'accord, c'est de la supervision directe.*

- Par contre je suis là, c'est vrai je biaise un peu des choses. Il y a des internes qui m'ont dit votre présence me gêne. Voilà.

- *Est-ce que vous pensez pour terminer que cette méthode pédagogique qui s'appelle « supervision directe avec enregistrement vidéo » c'est-à-dire que le maître de stage voit mais en différé, est ce que vous pensez que ça a de l'avenir ?*

- Ponctuellement, dans les cas difficiles. Pour certains internes, si j'avais une possibilité de dire : « là j'aimerais bien qu'on puisse bénéficier de la caméra », je pense que je le ferais. Il y a d'autres internes pour qui je pense je n'en ressentirai pas le besoin mais voilà, si on avait cette possibilité à la demande pour certains internes et pour certains moments précis, je pense que ça serait bien.

- *D'accord et quand vous dites : « avoir la possibilité à la demande » vous vous imaginez sous quelle forme en fait ?*

- J'imagine une médiathèque à la fac où on leur dirait voilà tel jour j'ai besoin de la caméra, on la prend, on la branche, on l'installe, on fait notre séance vidéo, on fait notre séance de rétrovision différée et le lendemain on ramène la caméra... Je vois ça comme ça, si après quelqu'un a le temps de venir nous installer la caméra comme vous l'avez fait, c'est encore mieux mais bon connaissant les moyens de la fac, j'imagine pas qu'ils aient les personnels à mettre à notre disposition. Mais bon une caméra oui, une caméra qui soit à la disposition des étudiants qui permettrait de pouvoir en disposer pour faire une supervision serait très pratique.

- *Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?*

- Ecoutez non, que je vous souhaite bonne chance dans votre travail et que vous m'envoyiez les conclusions au moins pour savoir si ce que vous avez fait a pu apporter quelque chose par la suite.

- *Ok et ben merci d'avoir participé. Je vous souhaite une bonne soirée.*

- Merci à vous aussi et bonne chance, au revoir.

## Entretien 7

- *Je vais passer du temps avec vous pour connaître votre point de vue sur la méthode, les avantages et les inconvénients, j'enregistre tout et ça sera retranscrit intégralement et ce sera anonyme.*

- D'accord, ok.

- *Pourquoi avez-vous voulu participer à ma thèse ?*

- Parce que je participe toujours aux thèses des internes quand je reçois, enfin dans la mesure du possible. Je réponds toujours aux questionnaires par mail, ou en général, j'essaie dans la mesure du possible de participer.

- *D'accord, bon qu'est ce que vous en avez pensé ?*

- En fait, l'idée est intéressante après je pense que l'appliquer à la supervision tout le temps, tout le temps à tous les internes, je pense que c'est quand même chronophage. Ça prend du temps quand même, après effectivement de refaire, de revoir de revisualiser le film, etc... Alors que la supervision on voit les internes quand on les voit travailler, on le fait plus au fur et à mesure des consultations, on n'est pas obligé d'attendre le soir pour faire ça. Après je ne sais pas si ça peut vous apporter quelque chose, les internes, en tout cas l'interne était gênée d'être filmée... donc elle me dit, j'ai pas l'impression d'être complètement naturelle parce que je suis filmée.

- *D'accord...*

- Elle dit c'est pas moi, je suis pas vraiment comme ça... parce que c'est vrai, c'est pas évident d'être filmé. Moi j'ai participé à un petit film et du coup, il y avait un caméraman professionnel et c'est vrai que... encore c'était une de mes patientes qui jouait le rôle d'une malade, la relation était plus facilitée parce que je la connaissais... mais c'est pas évident évident de se dire que... voilà

- *Oui... vous pouviez vous mettre à la place de l'interne car vous l'aviez déjà fait ?*

- Tout à fait, c'est pas simple ça.

- *Pour vous par rapport à la supervision directe quand vous êtes dans la pièce, c'est comment ?*

- Moi je trouve que c'est moins bien. Ça demande beaucoup de temps et après...euh... ça n'apporte pas forcément quelque chose à la supervision qu'on fait habituelle.

- *D'accord, donc si je vous demandais si elle avait de l'avenir, selon vous, cette méthode ?*

- J'allais vous dire, c'est un truc, très très américain cette méthode, je sais pas en France ce que ça peut donner.

- *C'est justement en Amérique du nord qu'on l'utilise beaucoup.*

- Oui... je sais pas... je sais pas si ça apportera grand-chose. Je ne sais pas si ça a un avenir, je ne sais pas. Parce qu'on a de plus en plus au niveau...j'allais dire on en a parlé



avec les maîtres de stage parce qu'on a fait l'évaluation de l'interne, on a de plus en plus des cadres par rapport à l'interne. Il y a effectivement les traces d'apprentissage, il y a des tas de choses qui se mettent en route, qui vont demander effectivement un petit peu plus de temps que ce qu'on fait là et du coup les médecins, les vieux médecins qui travaillaient avec nous disaient que ben oui on nous demande du temps... enfin voilà on demande un investissement que forcément que, tous les médecins maître de stage ne sont pas forcément prêts à fournir.

- *D'accord...*

- Donc ça fait un truc supplémentaire ...

- *Si je comprends bien, c'est au niveau du temps, le fait que ce soit extrêmement chronophage qu'est le principal inconvénient ?*

- Il y a ça et puis j'ai pas l'impression que ça apporte plus de choses que la supervision actuelle qu'on fait car peut être effectivement, on enlève le naturel... ou alors il faudrait peut être que l'interne ne sache pas qu'il soit filmé... on enlève ce côté naturel.

- *L'interne, elle trouve qu'elle est moins naturelle avec la caméra que quand vous êtes à côté ?*

- Oui, c'est ce qu'elle m'a dit. Elle m'a dit c'est pas moi quand elle s'est revue... bon tout le monde quand se voit filmé, on ne reconnaît pas sa voix... donc forcément... mais je pense que ça peut fausser un peu les cartes. Alors après, c'est peut être aussi sur une consultation, après si on est filmé plusieurs fois et après on l'oublie, la caméra.

- *Vous avez eu matière à discuter pendant la séance de rétroaction ?*

- Alors, ben voilà, moi je lui ai dit : « ben tiens tu aurais du... » bon là c'était tout bête, c'était une vaccination d'un ror chez une petite fille de un an avec une maman qui ne parlait pas très bien le français. Donc c'était pas évident déjà au niveau de l'échange. Bon elle comprend bien mais a du mal à parler. Au niveau de l'échange de voir, de la consultation ce n'était pas simple et après je lui ai dit : « si, ça a permis de voir un truc » elle a pris le carnet de santé, elle a commencé à regarder les pages de vaccins, est-ce qu'il est à jour, pas à jour ? Je lui ai fait remarquer : « quand tu fais un vaccin chez un enfant comme ça : tu regardes et après tu mettras à jour l'étiquette, le machin ici et là... mettre à jour le carnet de santé après que tu aies examiné l'enfant. » Parce que du coup elle est restée 5 à 10 minutes à faire toutes ses histoires administratives et pour la maman, c'est vrai que c'était un peu long. Et ça, c'est aussi une question d'habitude, d'expérience et tout et tout.

- *D'accord, et le fait... enfin l'interne comment a été son ressenti, d'après vous, ... du fait de discuter après de sa consultation ?*

- J'ai pas eu l'impression qu'elle était hyper... comment dire... emballée par la méthode. Et après il y a eu des problèmes techniques, donc ce n'était pas évident, on a perdu du temps pour mettre... donc voilà tout ça dans une journée où il y avait beaucoup de boulot, beaucoup de monde hier, des visites à faire, beaucoup de choses à caler en même temps donc c'est vrai que c'était pas évident, évident pour elle de... je pense pas que ça l'ait complètement passionnée.

- *D'accord, donc elle n'avait pas grand-chose à dire ?*

- Elle n'a pas eu grand-chose à dire, après la remarque que je lui ai faite, bon ben évidemment ça m'a permis de le faire parce que bon quand elle le fait toute seule, je vois pas ce qu'elle fait, mais quand on est à deux et qu'on fait une consultation moi je vais forcément avancer les choses parce que je vais prendre les devants... alors là que je lui ai dit bah si peut être que cette remarque ça l'aidera à modifier le temps et le timing de sa consultation.

- *Au final ça a changé quelque chose dans votre relation avec votre interne de regarder la vidéo ?*

- Non, je pense pas... là en plus elle était vraiment en fin... c'était son dernier jour... en fin de stage. Peut être que plus tôt dans la période de supervision enfin d'autonomie peut être que là oui. Effectivement la troisième période du stage où elle va commencer à être en autonomie, peut être que là effectivement, le fait de faire cette supervision par vidéo, ça peut permettre de voir ça après et de se dire, et ben voilà il faut faire comme ça, il faut changer telle pratique... alors que là ça a été fait à la fin du stage et elle, elle ne va pas en tirer forcément quelque chose et moi non plus par rapport à elle, par rapport à sa pratique. Alors peut être qu'il faut... ça peut être intéressant mais à ce moment plus tôt dans le stage... l'idéal ça serait, si on veut en tirer des conclusions, c'est peut être effectivement de le faire au début de l'autonomie, au début des deux derniers mois.

- *D'accord, donc ça serait... si je comprends un peu une première évaluation pour aider l'interne à être autonome ?*

- Voilà ! ça serait pas mal mais ça dépend des internes, vous êtes passés par là, il y a des internes très vite on va les laisser en autonomie, il y en a, bah au bout de six mois qu'on laisse pas en autonomie... donc effectivement ça dépend. Mais si c'est un interne qui se débrouille, une fois qu'on va la lâcher pour faire ses consultations, c'est bien de le faire au début début. Nous en fait, on fait une évaluation tous les deux mois avec les autres maîtres de stage... donc au bout de la première et deuxième période avant de la lâcher... donc à la limite au début de cette période là où on va la lâcher.

- *Vous recherchiez quoi de faire ça au début ?*

- Et bien, voir comment elle se comporte dans la consultation et de lui apporter des éléments : « ben oui, là effectivement tu as bien mené ta consultation, là tu l'as moins bien menée » en fait ce qu'on fait en supervision habituelle mais là on est là.

- *Vous avez d'autres choses à rajouter ?*

- Non non, je vois pas d'autres choses particulières... donc effectivement juste après améliorer les histoires techniques parce que là c'est vrai au début... hier on a failli avoir peur et on a fini par dire : « bon ben là on va arrêter » on s'est dit on va la rappeler, ça marche pas. Après elle avait sa clé donc elle a essayé avec un autre système et du coup, ouf on a réussi à faire...parce qu'au début on avait que le son, on n'avait pas les images... c'était un peu embêtant.

## Entretien 8

- *Est ce que vous pouvez me dire pourquoi vous avez souhaité participer à la thèse ?*

- Parce que je suis gentil... parce qu'en fait, je pense qu'il faut aider les étudiants à faire leur thèse et que si on recueille pas de l'information vous n'avez pas de matériaux pour travailler donc j'essaie de participer relativement souvent et puis d'autres parts je pense que la pédagogie est un sujet relativement important et absolument pas enseigné. On a bien sûr des séminaires dans le cadre du collège national des enseignants, des généralistes enseignants mais... euh... il y a encore beaucoup de choses à creuser... enfin... on se rend compte que faire passer des messages, des bons messages n'est pas très facile. Et puis il y a des choses qui sont faciles à évaluer, à mesurer et puis d'autres qui sont plus difficiles à évaluer, à mesurer.

- *Comme quoi ?*

- Par exemple, il est plus difficile d'évaluer la communication non verbale que d'évaluer ce qui a été dit et ce qui a été entendu. C'est aussi intéressant éventuellement d'avoir une vision en dehors de ce que rapporte l'interne. Puisque dans la supervision indirecte, on a que les éléments rapportés par l'interne dans un premier temps. Avec quand même, parce qu'on revoit les patients, dans un deuxième temps on a un retour du patient qui nous apporte d'autres éléments éventuellement.

- *D'accord... donc du coup là, qu'est ce que vous en avez pensé de cette méthode ?*

- Je n'ai pas d'opinion très arrêtée dessus. Je n'ai pas trouvé que ça m'apportait énormément d'informations supplémentaires par rapport à ce que je savais déjà. Alors... il faut tenir compte du fait que c'est une consultation qui a eu lieu quasiment le dernier jour du semestre, le tout dernier jour du semestre. Donc j'avais déjà passé beaucoup d'heures avec mon interne pour faire le point sur ce qu'elle a pensé, la façon dont elle voit les choses... une longue séance de supervision indirecte où elle racontait un petit peu les choses donc il y avait un bon climat de confiance donc je pense que... enfin j'ai pas été surpris du tout de ce que j'ai vu. En plus c'est une consultation qui ne présentait pas de problèmes majeurs... qui ne présentait pas de difficultés... Peut être que sur une consultation plus compliquée, plus difficile à réaliser, j'aurais appris plus de choses. Ce que j'ai constaté, c'est qu'elle savait... qu'elle paraissait à l'aise dans la consultation, qu'elle maîtriser bien tout l'environnement... elle n'était pas en difficulté par rapport à la patiente. La seule chose peut être, mais ça je m'en étais déjà aperçu à travers nos entretiens... la seule chose... j'ai pu voir qu'elle respectait les silences... qu'elle laissait le temps à la patiente de s'exprimer... ce qui était un point que j'aurais peut être pas vu aussi bien en supervision indirecte.

- *D'accord... si je comprends bien ça vous a conforté dans votre opinion que vous avez de votre interne et, au niveau pédagogique, est ce que ça a apporté quelque chose de plus ?*

- Non, ça m'a pas fait dire : « ah bas tiens, j'aurais pensé que... » ou « il faut qu'on reparle de ceci... » etc... Je n'ai pas eu d'éléments supplémentaires.

- *D'accord... et elle est-ce qu'elle vous a dit un petit peu son opinion par rapport à ça ?*

- Moi ce qu'elle m'a dit, c'est qu'elle a oublié très vite... qu'au bout d'une minute elle oubliait complètement la caméra... qu'elle n'y pensait plus du tout... La patiente aussi, parce que j'ai revu après la patiente et elle m'a dit qu'aussi effectivement, ça ne posait pas de problème et qu'au bout d'un moment elle ne s'en souciait plus du tout... enfin... ça n'avait pas été gênant... pas un élément gênant de la consultation... elle trouvait effectivement drôle de se voir parce que ça fait toujours un peu drôle d'avoir un regard extérieur sur soi mais j'ai pas l'impression que ça lui ait apporté... qu'en se voyant elle-même, elle s'est dit : « ben tiens, je savais pas que je faisais ça » ou « je n'avais pas fait attention que je me tenais de telle façon » Il n'y a pas eu d'élément de surprise ni d'un côté, ni de l'autre.

- *Du coup pendant cette phase de rétroaction est ce qu'il y a eu matière à discussion ?*

- Il y a eu très peu... il y en a eu très peu... il y a eu très peu de chose.

- *Ok... moi je recherche les points de vue sur les avantages et les inconvénients... donc si j'ai bien compris vous n'avez pas eu d'avantages par rapport à la supervision indirecte... et... au niveau des inconvénients ?*

- Non il n'y en a pas eu non plus, il n'y en a pas eu parce que... aussi bien la patiente que l'interne ont dit avoir oublié la caméra et j'ai eu l'impression que, passé le petit moment de réglage de l'installation, elles étaient bien l'une et l'autre dans le champ de la caméra... je n'ai pas eu l'impression que ça posait des problèmes. Je crois qu'aucune des deux n'a tourné le regard vers la caméra pendant toute la durée de la consultation... donc ce n'était pas un soucis. Après dire qu'il n'y a aucun avantage... je pense qu'il faut être très prudent parce que... c'est difficile de faire une règle générale, de ce qu'on observe ou de ce qu'on n'observe pas d'une seule consultation. C'est quand même un peu réduit, et puis il y a des consultations comme celle qu'on a vu aujourd'hui, il y a des consultations où c'est très difficile et puis d'autres où ce n'est pas très difficile. Dans celles où c'est très difficile ça n'apparaît pas tout de suite. Par exemple, [il s'adresse à son externe qui assiste à l'entretien] on en rediscutera un peu plus tard, si on en a le temps, la dernière consultation qui a apparu simple ici est une des consultations des plus difficiles. C'est-à-dire que ce qui c'est fait là, c'est quelque chose de très très difficile : c'est renouer le lien avec un patient qui est en rupture de prise en charge. Donc on a fait une version light pour qu'il ne se sente pas pris à la gorge et que lui-même propose de revenir... c'est lui-même qui a décidé d'avoir un rendez-vous rapidement, etc... C'est pas du tout évident, c'est un patient en rupture de traitement qui vient... On va réussir à le raccrocher... c'est pas simple du tout. Et ça c'est le genre de chose sur lequel, effectivement, on peut avoir des choses à dire. J'ai eu d'autres consultations, par exemple j'ai eu une consultation... où l'interne n'a pas vu le motif de consultation. C'est-à-dire qu'elle a vu un motif qui était le motif allégué du patient, qui n'était pas le bon et donc elle était constamment en décalage parce que elle se disait : « bon ben c'est bizarre je vais lui donner ça après tout parce qu'il me dit ceci », alors qu'il n'y pas eu le temps du recueil de la parole du patient qui permettait au patient de dire ce qui l'amenait vraiment... Il avait amené un petit sujet de façade pour voir comment ça allait prendre et puisqu'on ne lui demandait pas plus et bien il n'a pas osé franchir le pas, il ne s'est pas jeté à l'eau, il n'a pas osé donner son motif de consultation. Donc là-dessus je pense que ça pourrait apporter des arguments supplémentaires.

- *Aimeriez-vous le tester peut être sur d'autres consultations ?*

- Ca pourrait éventuellement être testé sur d'autres consultations. Mais des consultations un petit peu plus prolongées. A ce moment là il faudrait améliorer la prise de son. Le son était mauvais, on a vraiment dû prêter l'oreille pour réussir à entendre... donc peut être ...

- *Peut être au niveau technique par rapport au son. Après est-ce que ça pourrait se faire que vous, vous le mettiez en place par exemple ?*

- Ca pourrait s'envisager, ce n'est pas ma priorité à l'heure actuelle dans mes préoccupations d'enseignant mais... ça serait éventuellement faisable. Ça serait peut être bien, je serais encouragé à le faire si j'avais des confrères qui en avaient tiré davantage. Ça serait peut être intéressant d'envisager...je sais pas...un focus groupe pour voir si ça apporte d'autres informations, si il émerge des éléments positifs qui mériteraient qu'on se relance. Là je suis... personnellement j'aurais envie de m'équiper d'un appareil... voilà si je le faisais je me mettrais en situation d'avoir une caméra qui ne risquerait pas de tomber, qui serait bien installée, qui est discrète, qui est fixée... voilà donc ça serait possible de la mettre correctement, de la fixer de manière à ce que je ne sois pas embêté avec.... Et de façon à être certain d'avoir une bonne prise d'image, et une bonne prise de son. L'image était bonne, le son n'était pas très bon... mais bon on a pu pallier à ça car les 2-3 mots que je n'entendais pas, elle s'en souvenait, elle pouvait les replacer dans le contexte ... mais pour faire cet investissement en temps et en énergie, il faudrait que j'ai des arguments positifs transmis par des collègues.

- *C'est un investissement en temps et en énergie ?*

- Oui... et puis il n'est pas certain que l'observation directe m'apporte autant que le récit de l'interne. Parce que ce que me rapporte l'interne va me permettre de percevoir son vécu alors que quand je l'observe directement je n'ai pas son vécu. Alors je peux l'interroger aussi sur son vécu, mais à partir du moment où il y a... enfin... la vision qu'a un interne de la consultation est enrichissante. Ça me permet de savoir ce qu'elle a perçu. Ce que moi je peux percevoir à travers une observation directe n'est pas tout à fait la même chose. Ça n'aura pas toujours l'intensité des regards, ça ne ressort pas forcément dans un film comme celui là... c'est pas comme au cinéma où on va faire un gros plan sur le visage ou sur l'imposition des mains des choses comme ça, des choses que je ne vois pas forcément...

- *Parce que quand vous avez regardé le film, elle n'a pas dit son point de vue ? Enfin, les deux ne peuvent pas se faire ?*

- Si ça peut se faire mais le récit de l'interne sera modifié par le fait d'avoir vu l'image. Il faudrait faire d'abord le récit et ensuite regarder les images. Et même comme ça je ne suis pas certain que ça soit vrai... C'est-à-dire qu'en sachant que la caméra va dire que voilà... le récit va être plus factuel je pense, va être influencé par le fait qu'on va regarder ensuite. Alors que quand on interroge, le récit est souvent beaucoup plus court que la consultation... c'est rare que ça prenne dix minutes, un quart d'heure pour raconter l'interrogatoire d'un patient. Alors que 10 minutes le temps du recueil des plaintes du patient et de l'interrogatoire, ce n'est pas du tout quelque chose d'extrêmement long...enfin c'est pas extraordinaire. Ça veut dire que les éléments qui vont être choisis vont me donner une vision particulière. Ce qui va me permettre de me faire une idée de ce qui a été ressenti et perçu par l'interne alors que la vision linéaire du déroulement d'un interrogatoire me donne quelque chose d'autre qui peut être est ma perception de la consultation mais pas celle de l'interne. Je sais pas si je suis clair sur ce point, c'est pas évident...

- *Je comprends que le fait de voir l'interrogatoire en entier avec elle influencerait son discours...*

- Je suppose que ça serait un risque important... mais ce n'est pas forcément rédhibitoire. Je pense que ça serait intéressant de voir sur des consultations difficiles, voilà. Il y avait parmi les consultants cet après midi là, il y avait un malade psychiatrique à qui j'avais

déconseillé de proposer ça parce que ça pouvait être difficile à gérer par la suite pour ce patient...

- *Vous pensiez à quoi quand vous disiez difficile à gérer ?*

- Je pense que chez un patient qui est très interprétatif, il peut se sentir observé, surveillé, ça peut modifier tout à fait la consultation chez ce patient qu'on a revu ce matin. On a un patient bipolaire... quand même, c'est pas très simple. Je pense que la caméra aurait perturbé la consultation chez ce patient. Il aurait modifié son vécu donc je lui avais conseillé de ne pas lui proposer, de prendre un autre patient au hasard.

- *Et quand vous dites donc sur une consultation un peu plus difficile vous pensez que ça peut se faire ?*

- Je pense que ça peut se faire... sur des patients qui vont avoir des plaintes que l'on appelle parfois psychosomatiques ou des plaintes mal définies, des souffrances importantes ou des consultations pour un problème comme une névrose par exemple, une dépression... le non verbal est important, on va pouvoir recueillir pas mal de chose probablement qui sont des choses qui ne sont pas très facile à raconter en évidence. Mais je pense que le fait de travailler par exemple avec une grille... [ le maître de stage parle à son externe] il faudra d'ailleurs que tu utilises ça pour apprendre à repérer les différents moments de la consultation, si on les fait ou on les fait pas... parce qu'il y a un déroulement logique, en fait on fait pas toujours selon ce déroulement logique, on veut faire passer un message, on va directement au message, il y a une des consultations d'aujourd'hui où j'ai tout de suite commencé à agresser sauvagement un patient en lui demandant son poids avant même qu'elle soit assise... « agressé sauvagement » c'est peut être pas le terme qui convient exactement parce qu'en fait, il y a un climat de confiance et de respect mutuel qu'elle a bien perçu comme tel mais j'avais un seul message à faire passer aujourd'hui... ma préoccupation c'était puisqu'aujourd'hui vous allez bien et que vous venez juste pour un renouvellement, il faut qu'on parle de ce qui moi me préoccupe aujourd'hui qui est votre poids... et c'est pas du tout du temps d'une consultation ordinaire, si toi tu faisais ça d'emblée, ça serait pas forcément à faire car tu ne connais pas forcément la patiente, tu connais pas sa perception du diabète, tu sais pas qu'elle est l'histoire de sa maladie...enfin tu connais pas son histoire personnelle etc...

- *Vous souhaiteriez utiliser une grille sur les différentes phases de l'entretien ?*

- De toute façon je vous avouerai, c'est quelque chose qui est utile, qui est utile à faire et qui peut me donner éventuellement des informations

- *D'accord, bon et vous connaissiez déjà cette méthode ?*

- Par vidéo non.

- *Aviez-vous des idées là-dessus ?*

- Aucune, je n'avais aucune idée préconçue sur le fait que ce soit bénéfique, pas bénéfique, j'ai rien lu sur le sujet et je ne me souviens pas en avoir parlé avec mes collègues donc...

- *Est-ce que vous pensez que ça à de l'avenir du coup ?*

- Je ne sais pas, je ne sais pas répondre à cette question. Ça n'est pas à écarter, mais... ça pourrait peut être utilisé... je pense que ça apporte des choses. Par exemple les étudiants qu'on accueille ici nous disent qu'au sein d'un même cabinet, on travaille très

différemment les uns des autres. Je sais pas exactement comment on travaille différemment donc de temps en temps, j'aimerais bien aller voir comment travaillent mes collègues, avoir une vision. Ça montre bien que, bien que je les fréquente depuis longtemps, qu'on discute souvent des patients... et ben, je ne sais pas exactement... je ne sais pas identifier certaines différences qui sont sans doute importantes et certains points que je pourrais éventuellement intégrer dans ma propre pratique pour l'enrichir et vice versa. J'imagine que ça c'est le genre d'information qu'on peut recueillir à travers un film...

- *Pas pour filmer l'interne ? mais vous aimeriez bien...*

- Non ! c'est surtout que je me dis que puisque je peux avoir des informations à recueillir comme ça sur la façon dont mes collègues travaillent, je peux peut être recueillir des informations sur l'interne. Encore que si j'utilise la classique méthode de débriefing que j'utilise avec les internes, avec mes collègues je saurais peut être comment ils travaillent de façon plus précise. Je ne me suis jamais intéressé de cette façon là. On n'a jamais employé cette méthode là. Moi pour l'instant je ne suis pas enthousiaste, je ne sens pas de bénéfices, je ne l'écarte pas non plus, je dis : « faut voir ». Et donc avant de m'y intéresser plus profondément, j'aimerais bien...

- *avoir des preuves ?*

- Avoir des arguments forts prouvant que c'est enrichissant. Alors ça peut être intéressant chez des internes que l'on sent en difficulté. Des gens qui n'arrivent pas à s'en sortir ou pour qui les choses paraissent très difficiles. Ou quand il y a quelques cas où l'interne, j'ai lu ça dans un mémoire de DES où l'interne avait fait une consultation, n'avait pas vu le problème du tout et avait reçu un coup de téléphone incendiaire quelques heures plus tard du compagnon de la personne disant : « c'est incroyable de vous comporter comme vous vous êtes comportée... ma compagne, etc... », elle ne voyait pas où était le problème. Ça veut dire qu'il y avait des éléments de la consultation qui lui avaient clairement échappé. Dans ce cas là, ça serait intéressant de reprendre les choses, au moment où tu as fait tel geste, au moment où tu l'as interrompu, au moment où tu as fait ci... parce que les gens ne se rendent pas compte le plus souvent qu'elles interrompent. Parce que quand on interrompt le patient, le plus souvent on ne le fait pas intentionnellement. Il y a quelques fois où là on va dire : « non attendez, aujourd'hui je propose on ne parle pas de ça mais qu'on se concentre sur autre chose ». Mais le plus souvent on va interrompre sans s'en rendre compte. C'est un délai moyen de 17 secondes ou 20 seconde, je ne sais plus. C'est extrêmement court, le moment où le patient commence à parler et le moment l'interrompt pour la première fois, il se découle moins d'une minute....

- *Oui c'est 18 secondes je crois d'habitude... donc pour vous, enfin dans votre enseignement, vous avez quand même au niveau communication, des choses à enseigner à l'interne qui vous tiennent à cœur ? Vous parlez justement là de l'interruption du patient, il y a-t-il autres choses ?*

- Et bien, l'importance du non verbal, l'importance de l'enregistrer chez le patient, l'importance de sa propre attitude, la façon dont on se tient, la façon dont on écoute, le respect des silences, l'utilisation du silence comme élément pour avancer davantage. Et puis des choses aussi qui échapperont à cette méthode là pour des raisons claires : c'est un bon choix que l'examen ne soit pas filmé mais au moment de l'examen il y a énormément d'échanges non verbaux encore plus que pendant l'interrogatoire où la parole est très présente. Et... il y a beaucoup de choses à apprendre, la façon dont un patient se déshabille où on regarde pas... on le regarde pas forcément se déshabiller sauf dans certains cas très précis, la façon de réaliser un geste d'examen clinique et puis toute

la sollicitude qui va pouvoir être manifestée sur un corps souffrant qui sont importants. Et ça, ça va se faire essentiellement par du non verbal et ça serait intéressant de le faire. Par contre, je suis d'accord sur le fait qu'il est extrêmement délicat de demander aux gens de les filmer quand ils se déshabillent car ils pourraient être gênés. C'est la partie qui m'intéresserait le plus en fait qui va nous échapper.

- *D'accord et donc pour transmettre tout ça à l'interne, jusqu'à présent vous y arriviez grâce au débriefing si j'ai bien compris ?*

- C'est essentiellement, oui à travers ça. C'est en parlant avec eux, oui.

- *Comment vous faites ?*

- On arrive à soulever les questions et à voir les réponses. Est-ce que tout d'abord ils se sont posés la question parce que la plupart, ils... [il parle à son externe] je pense par exemple au stade où tu en es, ce serait logique de penser que tu n'as pas consacré beaucoup de temps à réfléchir par exemple à la façon dont on se tient assis ou à la façon dont regarde les gens ou dont on ne les regarde pas, la façon dont on les écoute. Il y a une façon, une attitude... tu vois automatiquement tu te redresses... par exemple, [il s'avachi sur sa chaise] si tu dis : « alors qu'est ce qui vous amène ? » ça fait pas du tout la même chose que dans l'attitude où j'étais tout à l'heure donc... tout ça se sont des choses sur lesquelles tu ne t'es pas interrogée... enfin j'en sais rien... tu t'es peut être interrogée dessus, mais à ton niveau d'expérience, tes préoccupations sont plus de faire des bons diagnostics et reconnaître les signes cliniques principaux. Plus tard, il est quand même nécessaire de savoir que tu as des signes cliniques que tu ne recueilleras jamais si tu n'as pas eu d'attitude d'écoute bienveillante empathique au début. On ne te dira pas pourquoi on est venu, on te dira : « je viens parce que je tousse » ça sera un détail sans aucune importance et tu ne sauras même pas qu'il y a eu une histoire familiale, un événement difficile à vivre.

- *Est-ce que ça a influencé votre relation avec l'interne ?*

- Non, je pense que ça n'a rien modifié. Mais c'était un point... la question qui pourrait se poser est que si ça avait été tout au début du travail, est-ce que ça aurait modifié ma perception, est-ce que ça m'aurait amené à orienté davantage les supervisions indirectes dans une direction ou dans une autre ? Là, c'était quand même après de nombreuses heures passées à discuter ensemble... dont certaines sur des cas très précis, d'autres de façon plus informelle en déjeunant ensemble, etc... donc c'est quand même un moment où on s'est représenté, où on a une représentation de la... donc voilà, j'ai été conforté dans ce que j'ai cru percevoir et j'ai pas eu de surprise.

- *Bon, est ce que votre interne pense autre chose ?*

- Je n'ai pas eu l'impression. Je lui ai posé la question de savoir ce qu'elle en pensait, j'ai pas eu l'impression qu'elle avait une opinion plus tranchée que moi sur le sujet. Ça permettait de se voir, ça faisait drôle, voilà... outre que ça faisait drôle de se regarder sur l'écran j'ai pas eu l'impression que ça lui avait... elle m'a pas dit : « ah bas tiens, j'ai remarqué que je faisais ça ».

- *D'accord...*

- La seule chose qu'elle m'est dite c'est qu'elle se tenait bien droite et qu'elle faisait sûrement ça parce qu'elle se savait filmée mais elle m'avait dit auparavant qu'elle avait complètement oublié la caméra.



- *Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?*

- Non je ne crois pas, la seule chose c'est que ça m'intéresse de voir si, comme je l'ai déjà dit, si des collègues ont un vécu différent et si il y a des situations particulières où ça peut se révéler particulièrement enrichissant.

## Entretien 9

- *Qu'est ce qui vous a motivé pour participer à cette thèse ?*

- Bien j'ai toujours répondu favorablement aux étudiants, ce n'est pas nouveau, et l'idée m'intéressait et m'intéresse encore d'ailleurs.

- *En quoi ça vous intéressait ?*

- Bien c'est novateur. Moi je suis toujours intéressé par tout ce qui est novateur. Là je trouvais que ce n'était pas inintéressant. De plus je m'étais posé la question personnellement de me filmer moi pour voir un peu ce que ça donnait.

- *D'accord...*

- Donc la technique de la vidéo ne m'était pas complètement inconnue. Je m'étais dit que un jour ce serait bien. Je n'avais pas de petite caméra comme ça, mais je m'étais dit que ça serait intéressant un jour de se filmer pour voir comment on se comportait avec nos propres patients. Voilà, donc ça c'était dans le cadre de ma consultation à moi.

- *Qu'est ce que vous en avez pensé ?*

- Bien c'est intéressant de voir...D'abord l'interne, en plus là c'était un SASPAS donc en supervision indirecte...Moi personnellement, j'ai toujours beaucoup de mal pour débriefer avec eux parce que finalement il nous manque une partie du film, quand on est avec eux. Donc on est toujours un petit peu limité. Et c'est rare de voir comment on se comporte, de voir la gestuelle qu'on a avec les patients, par exemple ça m'a permis de me rendre compte en regardant l'interne qu'on avait un débit de parole beaucoup trop rapide. Qu'on parlait trop vite, et je pense que je suis dans le même cas, et que finalement les gens ont du mal à absorber une information que nous on maîtrise tous les jours donc qu'on connaît par cœur, pour eux elle est nouvelle, donc quand on essaie de leur expliquer quelque chose si on parle trop vite, on perd la moitié des données.

- *D'accord...*

- Donc déjà là-dessus, c'est intéressant parce que je n'aurais pas pu le dire dans un autre contexte.

- *Quand vous parliez de supervision indirecte, vous vouliez dire quoi ?*

- En supervision indirecte, les internes on les voit pendant le premier mois. On est un peu avec eux, un peu sans eux, le temps qu'ils s'habituent au cabinet. Et puis après on n'est plus présent physiquement. On ne sait pas du tout comment les gens se positionnent, leur façon d'être. Nous, on n'a pas la science infuse sur la façon d'être de l'interne mais bon par ailleurs on peut faire des remarques sur son positionnement à lui, qui peut concerner aussi notre positionnement à nous. Mais le savoir être est quelque chose qu'on ne peut pas deviner quand on ne voit pas les gens. En supervision indirecte, il y a pleins de choses qu'on découvre le semestre d'après quand l'étudiant est parti. Des choses qui ne sont pas traduites dans la supervision indirecte qu'on fait avec lui, qui ne sont pas forcément très graves, c'est rarement des choses graves. Ce n'est pas traduit dans la supervision indirecte ni même dans le dossier. Donc de temps en temps, et aussi bien pour l'interne standard qui au bout d'un moment va se retrouver en autonomie s'il est compétent, que pour les

SASPAS, c'est bien de se filmer et de se regarder. C'est bien pour le maître de stage et c'est bien pour l'interne parce qu'à l'hôpital on ne se filme pas.

- *Vous trouvez que la caméra permet une évaluation plutôt ?*

- Oui tout à fait, moi je trouve que c'est intéressant en terme de savoir-être, etc...Ce c'est quelque chose qui m'a bien plu et je pense que ça ne s'applique pas qu'au SASPAS. C'est quelque chose qui peut s'appliquer à tout médecin, tout maître de stage, tout agrégés de se regarder un peu et de voir comment on est.

- *Comment avez-vous procédé pour l'installation ?*

- Donc en fait on a fait deux cas, du coup. Donc on a branché la caméra avec les notions techniques indiquées. On avait cadré un peu avant pour voir si on arrivait à voir les deux protagonistes et puis après, on s'est lancé dans le truc. Alors ce que je disais à l'interne UPL, car il se trouve que mes deux internes habitent ensemble, donc le SASPAS je ne l'avais pas mis au courant avant, quand il est arrivé je lui ai dit on va faire ça et puis voilà...Je l'avais pas mis au courant avant mais il a bien accepté et ça s'est très bien passé. On a regardé ensemble à midi les deux films et puis on a trouvé que c'était quand même enrichissant de voir notre façon de nous comporter.

- *Et quel a été le ressenti de l'interne, d'après vous ?*

- Il a trouvé que c'était intéressant de se voir aussi parce qu'on ne s'imagine pas dans toute notre gestuelle, dans les explications qu'on donne, enfin voilà quoi.

- *Et par rapport aux patients, comment vous avez fait pour le consentement ?*

- Aucun souci, on leur a expliqué dans la salle d'attente. On a expliqué qu'on ne cherchait pas à les filmer mais à filmer le médecin pour voir sa façon d'être etc...et il n'y a vraiment eu aucun aucun problème. On en a pris deux de suite, une dame et un monsieur et il n'y a eu aucune difficultés à les filmer. On a eu le consentement tout de suite.

- *Est-ce que vous savez pourquoi ils ont accepté ?*

- Non, d'abord ils sont habitués à avoir des internes au cabinet, euh...et c'est tout. Non, non ils n'ont pas fait de remarques plus que ça. Ils n'étaient pas hostiles et ils étaient tout à fait favorables à ce qu'on filme pendant la consultation, de la même façon à ce qu'ils ne s'opposent pas à être vus par un interne. Sachant qu'ils savent, au niveau de la confidentialité ils ont confiance en leur médecin de famille, et ils savent que de toute façon derrière on débriefe toujours. Donc ça ne leur posait aucun problème. Ça n'a pas perturbé le motif de la consultation, on a bien filmé l'entretien et après on a coupé la caméra pour l'examen. Et la consultation d'après, c'est l'interne qui s'est chargé d'informer et ils ont dit « pas de souci ». D'ailleurs c'est des gens que je connais bien, ils sont très ouverts et ça ne les gênait pas, ils n'ont pas l'impression de passer à la télé. Non, ça ne me semble pas inintéressant. Bon pour le SASPAS pour qu'il se voit faire, pour nous pour qu'on le regarde, ça peut être une bonne aide, et même pour le médecin installé.

- *Ca vous a motivé pour le faire sur vous-même ?*

- Ah oui oui, tout à fait, moi je trouve ça...bon on va peut être pas se révolutionner, mais on peut avoir des surprises, je peux avoir l'impression que je fais très bien et puis finalement il y a quand même une grosse faille en un endroit. C'est intéressant de se filmer, y compris dans les consultations difficiles où il y a une tension entre le patient et le malade. On a de temps en temps des malades difficiles soit exigeants, soit

psychiatriques, soit en difficultés qui agressent le médecin et ça serait intéressant dans ces cas là de se filmer pour voir comment nous nous comportons face à ces gens là. Voir si on peut s'améliorer, si ce qu'on fait est déjà pas mal ou si c'est nul. Donc moi je trouve que c'était très bien.

- *Vous voudriez l'utiliser ?*

- Tout à fait, je me suis posé la question et je me suis dit que si un jour je passe à la fnac j'irai m'acheter une petite caméra comme ça avec un pied parce que de le faire de temps en temps avec les internes c'est intéressant de leur montrer comme ils sont, de leur montrer leur aisance avec le patient ou pas. Et puis de le faire aussi personnellement, bien ça montre mon aisance au bout de plus de deux décennies d'exercice.

- *Est-ce que vous pensez avoir le temps pour faire cette méthode ?*

- Oui, de toute façon quand on veut, on peut, le temps on le trouve. (rires)

- *Ca a pris de temps ?*

- Non, non, en plus je trouve que ça ne prend pas de temps. Juste le temps de lire la notice qui était déjà bien explicitée par la propriétaire de la caméra et puis de le monter et ça se met en marche tout seul. Alors vraiment aucune difficulté technique. Une fois qu'on a cadré, pas de problème

- *Et pour la rétroaction ?*

- Bien ça ne prend pas de temps, ça prend dix minutes et l'outil se branche facilement sur l'ordinateur et se connecte tout seul facilement.

- *D'accord...*

- C'est tout à fait faisable et facilement et sans difficultés.

- *Et est ce que l'interne a fait des commentaires pendant la rétroaction, est ce que ça lui a apporté quelque chose ?*

- Bien sûr ça lui a apporté quelque chose. Sur le débit, sur des choses comme ça. Je pense que plus on est posé, plus on a d'assurance, plus on parle doucement..., alors que de temps en temps l'interne parle assez vite, c'est peut être un défaut de jeunesse, on s'en rend pas trop compte comme ça, il faudrait faire plusieurs vidéos pour voir si c'est une constatation générale, et pour lui c'était un but de se voir parce que là ce n'est pas un jeu de rôle, on est dans du vrai, donc il a pu voir comment il se comportait. Le savoir-être et le savoir-faire.

- *Et est ce que de voir l'interne, ça peut changer quelque chose dans votre relation avec l'interne, parce que là c'est le début du stage donc j'imagine que vous construisez la relation ?*

- Bien je ne pense pas pour cet interne. Après ça dépend des internes, de leur façon d'être, de leur aisance, du niveau de connaissance, en l'occurrence pour les internes que j'ai en ce moment ça sera plus du domaine du détail, pour essayer de se dire « tiens, là est ce qu'on peut pas s'améliorer dans notre comportement ? ». Mais ça ne changera rien moi vis à vis d'eux parce qu'il se trouve que là, j'ai deux internes qui semblent être assez à l'aise. C'est comme ça, ça dépend des gens, il y a des gens qui semblent être plus à l'aise que d'autres. Et effectivement ils en font parti, j'ai pu les lâcher quasiment tout de suite,

très rapidement sans difficultés. Le semestre précédent, le SASPAS était aussi très à l'aise, donc pour nous ça simplifie. Si la caméra peut nous permettre d'améliorer notre débriefing, ça c'est sûr et certain. Par contre, ça ne modifie pas la relation qu'on a entre nous, quoique dès fois de filmer et de regarder ensemble, on peut dire aux gens « t'es comme ci, t'es comme ça », ça peut être un élément objectif pour asseoir une remarque. Parce qu'il y a des fois, les gens peuvent dire « il me casse les pieds, il me répète toujours la même chose » et puis, voilà, le film nous appuie.

- *Quand vous parlez du débriefing, vous voulez dire quoi, qu'est ce que ça fait ?*

- Il ne faut pas le faire systématiquement. Mais on pourrait dire « voilà on le fait en début de stage », quand il commence à être en autonomie au bout de trois semaines, qu'il maîtrise le cabinet, et puis on peut dire « on le refera dans quatre mois » ou au milieu pour voir un petit peu si on évolue, s'il y a plus d'aisance, des choses comme ça. Ça il peut se mesurer lui parce qu'il ne se voit jamais, donc quand il est filmé il peut se regarder et émettre un jugement.

- *Au niveau des inconvénients ?*

- Bien, moi je n'ai pas vu d'inconvénients, ça ne prend pas de place. Le pied m'a paru un peu léger, on a peur de le faire tomber, ils font maintenant des appareils tellement légers que ça paraît fragile. C'est les seules remarques que j'ai. L'outillage est facile à utiliser. Un inconvénient c'est que sur une vidéo, on ne peut pas dire « c'est pas moi », l'étudiant se voit, c'est bien, et il faut accepter. Et on le fait de plus en plus dans des jeux de rôle, des choses comme ça donc les gens sont habitués à ça.

- *Pourquoi alors ne pas le faire tout le temps ?*

- Bien non, je ne pense pas que ça amène quelque chose de filmer en continu. Mais de filmer de temps en temps, une au début comme on l'a fait puis au milieu puis en fin de stage, c'est peut être intéressant. Bien qu'on ne peut pas juger maintenant de l'apport que ça a fait de manière successive pour voir notre évolution dans le stage mais ça peut être intéressant de le faire justement pour savoir si ça apporte quelque chose. Pour le moment comme je ne l'ai pas fait je ne peux pas juger si ça apporte quelque chose.

- *Quel est pour vous l'avenir de cette méthode ?*

- Je pense que c'est une méthode qui a de l'avenir, ça doit pouvoir nous aider à progresser. Alors on ne fera pas des progressions géantes, mais on ne peut pas apprendre à communiquer. On n'apprend pas au médecin à communiquer, il sait communiquer naturellement ou il ne communique pas. Il y a des médecins qui sont des gens remarquables de connaissance mais qui sont très mauvais en communication. Et il y a des gens qui sont nettement moins bon en niveau de connaissance mais très fort en communication et ils réussissent mieux vis-à-vis du patient. C'est pareil pour l'enseignant, un enseignant qu'on filmerait, en médecine on a tous eu des très bons enseignants, afin des gens qui avaient un très bon niveau de connaissance mais qui avaient du mal à faire passer des messages. S'ils étaient filmé peut être ça leur permettrait d'évoluer.

- *Vous dites « on communique bien, on communique mal mais on n'apprend pas », pensez vous qu'on ne puisse pas se former ?*

- Si, on peut peut être évoluer. Dans les gens qu'on voit, on a tous eu des enseignants qui arrivaient très bien à faire passer des messages et d'autres qui étaient dans la difficulté. On peut certainement évoluer, moi je ne peux pas juger, je ne peux parler que pour ce qui me concerne... On n'a pas beaucoup de formation à la communication dans nos études,

c'est certainement un manque, on n'avait pas dans ma génération de formation à la com, dans la votre, on a développé les jeux de rôle, des choses comme ça. Moi j'en fais dans ma FMC. Mais il n'y a pas de cours de communication dans une faculté de médecine, je ne connais pas d'endroits où on explique aux gens comment on fait dans telle situation ou telle situation on apprend un peu sur le terrain... Il y a des gens qui sont très mauvais en communication, les patients nous le disent. Quand ils disent « c'est un docteur avec un grand D », ça veut tout dire, c'est la science et les autres taisaient vous. Il est incapable de faire passer les messages. Alors peut être que ces gens là, si on les filmait, ça leur permettrait de progresser et d'évoluer vers plus de souplesse parce qu'ils ont tendance à être psychorigide mais ils ne s'en rendent pas compte, alors que si on leur met un film sous le nez, ils vont se dire « ah bien oui, c'est pas brillant ». J'ai fait il y a quinze jours une formation sur l'IVG médicamenteuse, ils nous ont passé un film réel sur une consultation, je ne sais pas pourquoi le médecin a accepté d'être filmé, avec un jeune couple d'étudiant, elle, elle était asiatique, donc elle était enceinte, elle voulait une interruption de grossesse, elle était avec son copain qui était jeune et ils n'avaient pas beaucoup... d'expérience, c'est des jeunes quoi ! et le médecin qui les a reçu ça a été une catastrophe. On n'en revenait pas, au début on s'est dit ce n'est pas possible, c'est caricatural, et ils ont dit « non, non, ça s'est vraiment passé ». Toute la consultation était filmée de A à Z, ce médecin j'espère qu'il s'est vu parce que il a tout fait : il les a engueulé, il a examiné la jeune-fille avec un tact déplorable, il lui a fait un toucher sans délicatesse... tout ça pour leur dire « bien c'est trop tard ». Donc ce type là, s'il a regardé le film, peut être qu'il s'est dit qu'il doit évoluer un petit peu parce que ce n'est pas brillant. C'était une catastrophe, on était médusé, et lui ne s'est peut être pas rendu compte qu'il a ce savoir-être. Donc pour moi, la caméra sert à quelque chose.

- *A faire son autocritique ?*

- Pour voir comment on se comporte parce qu'on ne s'en rend jamais compte.

- *Est-ce que ça peut, en tant que maître de stage, vous aider à enseigner ?*

- Oui, parce qu'il a le commentaire qu'on fait et, si en plus du commentaire, l'étudiant peut le regarder, il va forcément le remarquer aussi. On peut le prouver. Avec le film, il va forcément le remarquer si on lui dit. C'est évident quelqu'un qui est normal va le voir et va dire « oui effectivement là je suis pas bon, j'ai un point à améliorer ». C'est à utiliser pour le relationnel et c'est très intéressant je pense, déjà pour voir notre assurance, mais il n'y a pas que l'assurance. Il y a des gens qui sont un peu expéditif, et là ils peuvent le voir et se dire « oui effectivement là je ne laisse pas les gens parler, je vais vite ». Après l'outil vidéo peut faire qu'on est moins naturel qu'en temps normal, mais après on doit vite l'oublier.

- *Bien, merci d'avoir participé à l'étude.*

## Entretien 10

- *Est-ce que vous pouvez me dire ce qui vous a motivé pour participer à cette thèse ?*
- En tant que enseignant et membre du département de médecine générale, je peux difficilement dire non à une étude proposée par un des membres du département, voilà, puis que c'est Yannick qui vous supervise.
- *Comment ça s'est passé au niveau de la mise en place de la méthode ?*
- Pas de souci particulier.
- *Oui...*
- Bien, non non. Ca s'est bien passé. L'interne était volontaire, je l'étais, vous avez été discrète et efficace. Donc voilà.
- *Et alors, est-ce que vous pouvez me donner votre point de vue sur cette méthode ? Qu'est ce que vous en avez pensé ?*
- C'est certainement un outil qui peut être intéressant lorsqu'on soupçonne un problème de communication de l'interne avec son patient. Le fait d'être filmé, ça entraîne toujours un petit effet, c'est normal. Après ce qui peut être intéressant comme dans toute étude sur la communication, c'est de décortiquer avec le communiquant. Y compris dans un cas comme ça, ce qui serait intéressant, c'est de décortiquer avec l'interne et avec le patient.
- *Y compris avec le patient ?*
- Oui. Ca c'est un petit biais méthodologique classique. C'est qu'on ne s'intéresse pas au produit final. Je me suis amusé à bâtir un petit questionnaire sur l'empathie dans la communication de l'interne avec le patient et ce qui est important c'est le produit fini, c'est ce qui arrive en bout de chaîne et là c'est le patient en l'occurrence. Hein ? D'accord pour recueillir les impressions du maître de stage, par contre ce qui est intéressant c'est de recueillir celui à qui la consultation est destinée c'est-à-dire le patient.
- *Et du coup, avez-vous revu le patient ? est-ce que vous connaissez son ressenti ou l'interne vous a-t-elle dit ce que le patient avait dit ?*
- Non, je ne l'ai pas revu. Et le patient je n'ai pas le souvenir...il été tout content, les patients sont plutôt coopérants, donc voilà. Après qu'est ce qui en est résulté du fond de la consultation je ne sais pas. Sur la forme il était certainement content d'avoir été filmé, etc...voilà.
- *La consultation, est-ce que vous l'avez décortiqué avec l'interne ?*
- On l'a regardé rapidement, on ne l'a pas décortiqué. Parce qu'elle n'a pas, l'interne n'a pas de souci de communication particulier. Elle communique plutôt très bien, donc voilà.
- *Est-ce que ça lui a apporté quelque chose ?*
- Je ne lui ai pas posé la question.

- *Vous ne connaissez pas son ressenti sur cette méthode ?*

- Je ne l'ai pas recueilli, mais je peux le recueillir, ce n'est pas un souci, mais j'avoue que non.

- *Et pour vous, en tant qu'enseignant, est ce que ça vous a apporté quelque chose ?*

- J'ai une petite expérience des interviews enregistrés et de l'analyse qu'on peut en faire et au niveau de la méthode, je reviens un petit peu là-dessus, ce qui est intéressant c'est de débriefer avec les participants de la méthode, donc en l'occurrence là c'était l'interne et le patient. Le point important étant le ressenti du patient.

- *Avec les deux en même temps ?*

- Je pense qu'il faut faire à la fois une analyse séparée puis une analyse conjointe. Et après pour analyser la qualité de la relation médecin-malade, parce qu'on a beau être malin, on se plante toujours et j'ai encore un exemple récent où je me suis planté, mais ce qui est important est qu'est ce que le malade a ressenti ? Ce que ce travail de thèse ne permettra pas d'analyser.

- *Parce que là, en fait quand vous parlez du point de vue du patient, ce serait sur la consultation ? ou sur le fait d'avoir eu une caméra ?*

- Bien si l'étude ça porte sur la communication médecin-malade, à priori il faut le point de vue sur la communication, il y aura une question « est-ce que la caméra vous a bloqué ? est-ce que... » bon ça c'est la première chose. Après est-ce que les questions vont être, bien, les classiques questions sur l'empathie « est-ce que le médecin a pris vos plaintes dans son ensemble ? est ce qu'il vous a considéré comme un individu au sens propre ? », etc...

- *D'accord, mon étude n'est pas sur la communication de l'interne mais sur : est-ce que cette méthode pédagogique peut aider à la formation de l'interne à la communication ? »*

- Oui...alors je redis ce que j'ai dit. C'est que pour aider à la formation sur la communication il faut qu'on regard quel est l'objectif. L'objectif est d'améliorer la relation médecin-malade. Donc c'est une méthode d'enregistrement avec le consentement du patient, de l'interne et du maître de stage, et après si on veut améliorer la communication de l'interne avec le patient, il faut regarder ce que le maître de stage peut en faire en supervision, ce que vous faites, mais ce n'est pas suffisant, il faut aussi s'intéresser à : quel est le ressenti du patient d'avoir été filmé et aussi de la relation ? Et ça peut être tout à fait décortiqué avec un patient.

- *Est-ce que votre relation avec l'interne a changé du fait de la voir ?*

- Non.

- *Est-ce que ça peut modifier votre orientation pédagogique avec cet interne ?*

- Non

- *OK...Le titre de la thèse est avantages et inconvénients de la SODEV, avez-vous des choses à rajouter sur les avantages et les inconvénients ?*

- Bien...L'avantage est que c'est un outil et c'est toujours intéressant de s'en servir. Après il faut cibler l'objectif et c'est ça le souci, hein ? C'est ce que je disais tout à



l'heure. L'inconvénient c'est que, soit on évalue l'outil uniquement mais dans ce cas il faut aussi s'intéresser à son objectif qui est la relation médecin-malade auquel cas il faut aussi s'intéresser au point de vue du patient. Et pour tester la faisabilité de l'outil par le patient, par l'interne et par le médecin, là vous avez testé le médecin, le médecin était d'accord, l'interne et le patient aussi, après c'est les limites de l'exercice...

- *Avez-vous un point de vue sur l'avenir de cette méthode ?*

- Est-ce que j'ai un point de vue sur l'avenir de cette méthode ? Je pense que ça peut être intéressant si on a identifié chez un interne un problème de communication. Voilà, là ça peut être intéressant. C'est-à-dire qu'on a un interne qui ne sait pas, qui ne fait pas, voilà, est-ce que c'est un problème de relation, de...on ne sait pas. Là, ça peut, peut être, être intéressant. Après ça peut être intéressant éventuellement, bon l'intérêt que moi je vois à cette méthode là, c'est quand on n'arrive pas à savoir si l'interne a une bonne relation médecin-malade, est-ce que ça peut nous aider pour discuter après. Ça peut être un outil d'aide à l'approche et à la supervision indirecte, voilà... Après, je vous dis, ce qui me paraît fondamental mais c'est peu fait, je me suis amusé à faire ça parce que je pense que la réflexion des enseignants n'est pas tout à fait aboutie, tant qu'on ne s'intéressera pas à l'objectif final qui est d'améliorer la relation médecin-malade et tant qu'on ne s'intéressera pas au patient en premier, on passe à côté des choses, voilà.

- *Est-ce que vous voudriez l'utiliser ?*

- Bien, si vraiment un jour j'ai un souci et que j'ai vraiment l'impression que l'interne a un gros problème de communication. Mais il faudrait que ce soit un gros problème de communication, peut être qu'on pourrait envisager de proposer ça. Mais après si on veut approfondir la relation médecin-malade, il faut être plus dans les questionnaires qu'on peut administrer au patient pour corriger le tir en fonction du ressenti du patient.

- *Pour vous, tout part du patient ? si le patient est satisfait, il n'y a pas à regarder la communication ?*

- C'est les bases de la communication, hein ? Je ne vais pas refaire le schéma mais, quand même, ce qu'on a dit, ce qu'on a à vérifier c'est ce que le patient revoit. Si on ne passe pas par le patient, bien il manque quelque chose. C'est la base de la communication ça : cadre de référence et retour.

- *Ok, bien...merci pour votre participation.*

## Entretien 11

- *Qu'est ce qui vous a motivé pour participer à cette thèse ?*

- C'est une très bonne question...C'est pour rendre service à Yannick Carrillo qui est votre Directeur de thèse. Et puis aussi, si on veut faire avancer un peu la médecine générale, il faut bien se mouiller et participer aux travaux de recherche

- *Donc, maintenant que vous l'avez essayé, est-ce que vous pouvez me parler de votre point de vue sur cette méthode ?*

- Je vais te dire mon sentiment. Mon sentiment, c'est que ça ne m'aide pas beaucoup. Alors d'une part : mes internes, même s'ils sont en SASPAS, je fais toujours un petit temps observationnel au départ pour faire leur connaissance et voir comment il se comporte. Moi j'ai considéré surtout que c'était pour voir comment il communiquait en fait et je l'ai utilisé comme un outil de communication. Et c'est vrai que je me suis déjà, généralement, fait une idée à travers les premières journées de stage où je les ai en supervision directe. Donc, de ce point de vue là, ça ne m'apporte pas grand-chose. Si je n'avais pas eu cette expérience là, je ne dirais pas la même chose. Mais étant donné que je prends le temps de faire un petit peu de supervision directe au départ pour voir comment ils se comportent, de ce point de vue là, ça ne m'apporte pas grand-chose. Après, d'un point de vue pratique, je ne sais pas mais si on doit avoir toutes les consultations de... Si on doit faire toutes les supervisions différées, car c'est une supervision directe différée si j'ai bien compris, ce n'est pas tout à fait le terme exact, s'il faut le faire avec toutes les consultations, ça va prendre quand même un sacré temps puisque les consultations sont entre un quart d'heure et vingt minutes...alors c'est vrai qu'il n'y avait que la partie interrogatoire, mais pour cette consultation il y en avait bien pour dix-quinze minutes. Et donc, à mon avis, d'un point de vue temps, ça va être très très chronophage et ça risque de lasser. Si tu dois voir dix personnes comme ça, il te faut une demi-journée, c'est-à-dire tu refais toute les consultations de la journée quoi.

- *Au niveau faisabilité...*

- Oui, à mon avis, c'est un peu compliqué. Que de temps en temps, on utilise cet outil si on a des doutes, moi je pense qu'il ne faut pas l'utiliser systématiquement. C'est-à-dire que si on a un interne où on se demande, parce que par exemple, on a des retours de malades qui disent qu'il y a eu des problèmes, je me dis : « peut être que ça vient des malades ? est-ce que c'est vrai ? est ce que ça ne vaudrait pas le coup de voir comment se comporte l'interne ? », à ce moment là ça vaudrait le coup de le faire. Enfin de le proposer, parce qu'il faut quand même que l'interne soit d'accord. Ce n'est pas du flicage, ça ne doit pas être ça en tout cas. Par contre, si on veut l'aider, si c'est de la pédagogie constructiviste, c'est-à-dire si on veut aider l'interne à s'améliorer quand il semble y avoir un problème, on lui dit : « voilà ce que je peux te proposer. Pour avoir une idée des difficultés que tu rencontres, hé bien c'est voir comment ça se passe et c'est déceler les problèmes existants et puis ensemble on peut peut-être trouver les solutions pour les résoudre. ». C'est de cet ordre là moi l'utilisation que j'en ferais. Ce n'est pas du tout pour vérifier, si on m'a dit que ça ne se passe pas bien, si oui ça ne se passe pas bien. Ça n'a aucun intérêt, c'est juste pour aider l'interne.

- *Donc, au niveau évaluation, ça ne vous apporte rien parce qu'en supervision directe vous les évaluez déjà ?*

- J'en fais déjà, voilà. Pour ceux qui n'en font pas du tout avec leur stagiaire, parce que c'est un SASPAS et qu'ils commencent directement en phase active, pour eux ça peut peut-être leur rendre service. Moi, ce côté-là non, parce que moi je me fais déjà une idée. Mais en cas de problème pourquoi pas ?

- *Si ça peut apporter une aide à l'interne, est ce que ça peut vous aider dans l'enseignement ?*

- Oui, je redis ce que j'ai dit. D'un point de vue pédagogique, si on doit détecter des problèmes de communication, c'est un outil qui peut être performant et aussi d'un point de vue pédagogique pour aider l'interne à se sortir des difficultés qu'il a.

- *Et pourquoi ?*

- Parce que ce n'est pas toujours facile d'analyser en supervision indirecte ce qu'il s'est passé dans une communication. On a que la perception de l'interne, ce qu'il rapporte. Mais on n'a pas la vue d'ensemble et notamment de la communication réelle avec le patient. Ça permet d'approfondir les choses s'il y a un problème.

- *Qu'est ce que vous avez ressenti pendant cette « supervision différée » ? par rapport aux supervisions habituelles ?*

- Non, je n'ai pas eu de ressenti particulier. Comme je te l'ai dit, j'avais l'impression qu'on perdait un peu du temps parce que ça ne m'a rien appris sur cette interne. Ça n'a fait que confirmer ce que je pensais, elle ne pose pas de problèmes.

- *Est-ce que, elle, elle a fait des remarques pendant la séance ?*

- Non...Le problème c'est que le fait d'être filmé, ça...quand on le sait ça change la façon de se comporter. Ça ne peut pas être tout à fait la même chose que si on n'est pas filmé. Moi j'ai eu l'occasion, pour passer à la télévision d'avoir une partie de consultation filmée et, bien, on ne se comporte pas tout à fait de la même façon que quand on se comporte habituellement. On fait attention quand même à ce qu'on dit et à ce qu'on fait. Donc à mon avis, ça modifie quand même un petit peu la donne. Ou alors il faudrait être filmé mais de façon systématique parce que, autant quand c'est que de temps en temps et qu'on sait qu'on est filmé...autant si c'est tout le temps, je pense qu'on est obligé d'en faire abstraction au bout d'un moment.

- *L'interne vous a-t-elle dit qu'elle n'était pas naturelle ?*

- Non, elle ne l'a pas dit. Non, non.

- *Est-ce que cette supervision a eu un effet sur votre relation avec l'interne ?*

- Non, je n'ai pas l'impression que ça ait changé quelque chose dans notre façon de communiquer entre nous.

- *OK, bien êtes-vous intéressé pour vous en servir ?*

- Bien ça peut être un outil intéressant dans le cas où l'interne a des problèmes de communication, qu'il en a conscience et qu'il aimerait qu'on l'aide.

- *Avez-vous déjà eu le cas d'un interne avec de soucis de communication ?*

- Oui, oui. C'est arrivé. Bon, quand ça s'est passé, c'était des UPL donc j'étais à côté et j'ai pu intervenir tout de suite. Donc il n'y a pas eu besoin de faire de supervision quoi. Je l'ai fait en direct.

- *Si là, ça se reproduit avec un SASPAS, seriez-vous prêt à faire l'enregistrement vidéo ?*

- Oui, ça coûte 80 euros, quelque chose comme ça donc ce n'est rien du tout. Oui, donc ça n'est pas un problème l'argent. L'investissement n'est pas un problème.

- *Donc ce qui vous freine c'est surtout la durée ?*

- Oui, le côté chronophage si on devait faire ça systématiquement.

- *Est-ce que vous pensez que la méthode a un avenir en médecine générale ?*

- Comment dire ? Je ne suis pas sûr qu'elle ait un grand avenir. Parce que ça ne pourra être qu'une aide ponctuelle, à mon sens. Ça ne remplacera jamais la supervision indirecte telle qu'elle est dans le SASPAS. Ça peut juste être un petit complément dans des situations bien précises. C'est à mon avis que ponctuel. Et puis j'ai peur qu'il y ait beaucoup de médecins qui n'aient pas envie de l'utiliser et puis peut-être des internes qui n'aient pas envie d'être visionnés, quoi ? Parce que toi-même, quand tu as posé la question, tu as eu du mal à trouver des médecins ou plutôt des internes qui acceptent d'être filmés ?

- *Non, il y a en a eu quelques uns mais peu. Est-ce que vous avez autre chose à rajouter sur les avantages et les inconvénients de la méthode ?*

- Non, je réfléchis. Non, pour moi l'inconvénient c'est la faisabilité. Et pour le temps de la supervision, de l'enregistrement, pas la technique parce que c'est pas cher et vite fait à mettre en œuvre, mais c'est le temps pour l'acceptation par l'interne, pas les patients. C'est surtout ça qui va mettre un frein. Mais comme je te dis, ça peut peut-être, parce que le but c'est quoi ? Ce n'est pas de voir nous ce que fait l'interne. C'est d'aider l'interne à régler les problèmes et ça peut être un outil si l'interne est demandeur pour être aidé. Voilà. Mais pas du systématique en tout cas. Voilà

## Entretien 12

- *De manière générale comment s'est déroulée cette séance de supervision ?*

- Bien, ça s'est bien passé, oui, on a fait ça ensemble, oui, rien de particulier... On a... oui, je ne sais pas, quel est la suite du questionnaire ?

- *Est-ce que pour la formation à la communication de l'interne, ça vous a apporté quelque chose ?*

- Bien justement je m'étais demandé : l'objectif est, il me semble, uniquement sur la communication, la relation médecin/malade, parce que sur le reste je ne pense pas que ça apporte grand-chose. Moi j'étais un peu gêné, j'étais un peu gêné par le fait qu'on ne voit quasiment pas le patient, on le voit de travers. Le médecin, et bien c'est un peu pareil. Bon, à la fin, par chance, on voit qu'entre eux dans le non verbal, il se passe quelque chose : elle le regarde en souriant et lui, il lui sourit. Mais avant, c'est vrai que j'ai eu du mal à voir les réactions non verbales du patient. Bon voilà... En tout cas, moi ça ne m'a pas apporté grand-chose. Je savais que l'interne, elle avait un bon contact. Bon, je veux dire, pour l'avoir vu faire avec des patients, je savais qu'elle avait un très bon contact, donc là, je n'ai eu que la confirmation. Mais je trouve que la façon dont c'est filmé, c'est un peu difficile de suivre complètement ce qui se passe entre deux personnes.

- *Vous auriez préféré le voir de face ?*

- Bien, moi, je pense qu'il aurait été préférable d'avoir les deux protagonistes bien visibles d'une manière ou d'une autre pour qu'on voit ce qu'il se passait, ce qu'il s'échangeait, si le patient adhérait ou pas, les mimiques ou je ne sais pas... Là, on ne voyait pas tellement, je veux dire. C'est un peu notre impression. On en a parlé avec l'interne, on était un peu sceptique sur plan adopté.

- *D'accord, vous parliez que pour l'évaluation de l'interne ça ne vous avez pas aidé, mais après est ce que ça vous a apporté quelque chose sur le plan pédagogique ?*

- Moi je ne vois pas bien l'intérêt personnellement en SASPAS, avec un interne qui est censé être autonome. Quand on fait la supervision, qu'on prend le dossier, qu'on lui demande comment les choses se sont passées, qu'on connaît le patient, je veux dire, on se doute bien des difficultés qu'ils ont eu quand ils nous disent comment ils ont procédé, comment était la personne en face... ça nous donne déjà un aperçu de la consultation que la supervision directe, et plus là en l'occurrence c'était une consultation basique d'un truc ORL aigu, enfin bon il n'y a pas eu de difficultés de discussion, ni de difficultés diagnostics. Donc je veux dire, peut être, il faudrait le voir sur d'autres consultations, mais... Je lui ai demandé à elle si le fait de s'être vue ça lui changeait quoi que ce soit, bon, elle ne voyait pas. Bon, comme je lui ai dit, dans sa démarche, il y avait à la fois des éléments de démarches et à la fois des éléments de communication quand même qu'on a regardé. De toute façon dans sa démarche, moi je n'ai rien à dire par rapport à sa démarche : bon elle ne connaît pas le patient, il n'a pas de dossier, elle lui demande des trucs après l'avoir examiné, après avoir traité son problème aigu, elle lui demande ses antécédents et tout ça, moi ça ne me choque pas. Je veux dire, du moment que c'est fait, bien, elle a bien travaillé. Elle lui refait expliquer des choses pendant qu'elle l'examine. Moi, je trouve ça bien, ça apporte la clarification d'éléments... Voilà, on a une consultation qui est vivante, on n'a pas un mec figé, rigide, qui pose des questions de façon quasi policière et qui attend des réponses. Moi dans sa démarche, je n'ai rien à dire

de particulier sur le plan de la communication. Ca me confirme qu'elle a un bon relationnel. Mais déjà ça se voit quand elle parle avec tout le monde, enfin je veux dire, déjà avec moi, ainsi qu'avec les infirmières, je veux dire ça va. On a rien appris de nouveau. Je pense qu'elle, elle n'a rien appris sur elle. Je lui ai demandé est-ce que ça te... ? Bien, non voilà. Après ça tient peut être, je ne sais pas, moi, enfin...

- *Est-ce que vous pensez que, comme là c'était plutôt bien, est-ce que ça peut lui donner confiance en elle ?*

- Elle n'en manque pas. On n'est pas dans une situation d'une interne...bon, ce qu'elle m'a dit, c'est que manifestement le patient il était moins à l'aise parce que quand vous avez arrêté la caméra, elle m'a dit qu'il lui a redemandé des choses, elle a le sentiment que le fait d'être filmé, bon, ça l'avait gêné. Bon elle, ça ne l'a pas gêné à priori. Bon, on ne peut pas dire que elle, je lui ai demandé, est-ce que toi d'avoir été enregistré et d'avoir vu le résultat ça te change quelque chose ? Elle ne voyait pas...;et moi je n'avais pas de critique à formuler majeur par rapport à sa consultation. Donc voilà, je ne sais pas si ça peut...ça n'a pas changé sa confiance en elle ou...il ne m'a pas semblé. Tu vas l'interroger ou ?

- *Non, non, je n'interroge que les maîtres de stage.*

- Ok, moi je n'ai pas le sentiment que pour elle en tout cas, ça change quelque chose.

- *Est-ce que vous, vous voulez sentiriez de l'utiliser ?*

- Si moi je me sentirais de l'utiliser...Avec mes internes habituels je ne vois pas l'intérêt de l'utiliser...Je veux dire, c'est peut être parce que je suis au DMG mais, c'est comme j'ai dit plus haut, ce n'est pas à utiliser en SASPAS. Les internes de SASPAS sont autonomes, ils sont à la fin, ils...certains peuvent avoir des problèmes relationnels, il faut faire ce qui aurait dû être fait plus tôt. A ce stade là, on doit avoir dépisté qu'il y a des difficultés. A ce stade là, je ne vois pas l'intérêt sauf si quelqu'un a des problèmes relationnels...Tu veux dire que moi je filme ?

- *Non, là la caméra était sur un trépied...*

- Oui, c'était un plan fixe, c'est moins bien parce que ça ne bouge pas, on voit moins bien les choses. Non, franchement, en dehors de gros problèmes relationnels avec l'interne ou de difficultés de démarche...Je suis sceptique. Peut être en UPL mais même là je ne suis pas sûr. Je veux dire en principe ils font de la supervision directe quand l'interne est en phase semi-active donc ils voient déjà comment ça se passe. Non, on en a parlé et on était réservé. En plus c'est long à mettre en place. Je, je sais pas, c'était quoi ton objectif de départ ?

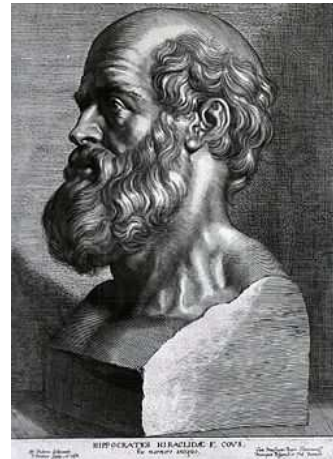
- *Je m'intéressais à la communication et j'ai vu qu'à l'étranger, ils utilisaient cette méthode pour la formation à la communication. Je voulais savoir pourquoi en France, ce n'est pas utilisé et si ça pourrait.*

- Ah oui ça je sais j'y étais au Canada. J'ai vu leur salle avec leur glace sans tain. C'est sûr que je suis d'accord sur le principe de se voir qui peut aider, mais pour un interne en SASPAS je ne suis pas d'accord. Voilà. Je veux dire que pour l'interne ça ne lui a rien apporté et moi non plus. Vis-à-vis du SASPAS je ne suis pas d'accord, je pense que ce n'est ni le bon moment ni la bonne méthode, parce que ce n'est pas en dernier semestre d'internat qu'on doit dépister ça, alors peut être en rattrapage mais ce n'est pas le rôle du SASPAS. Voilà.

- *OK, autres choses à rajouter.*

- Non c'est bon.

## SERMENT D'HIPPOCRATE



*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers  
condisciplines 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 donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai  
jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à  
aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.  
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation,  
de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre  
mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes  
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*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.*