



**Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans
l'enseignement de la communication médecin-patient :
étude qualitative auprès de maîtres de stage et
d'internes en médecine générale**

Philippe Rouland

► **To cite this version:**

Philippe Rouland. Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01310907

HAL Id: dumas-01310907

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310907>

Submitted on 23 Jun 2016

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 51

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Philippe ROULAND

Né le 24 février 1986 à Arès (33)

Le 14 avril 2016 à Bordeaux

**Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans
l'enseignement de la communication médecin-
patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage
et d'internes en médecine générale.**

Directeur de thèse

M. le Docteur Pierre GAYRAUD

Jury

M le Professeur Patrick DEHAIL Président

M le Professeur William DURIEUX Rapporteur

M le Professeur François PETREGNE

M le Docteur Stéphane FRAIZE

M le Docteur Pierre GAYRAUD

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N° 51

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Philippe ROULAND

Né le 24 février 1986 à Arès (33)

Le 14 avril 2016 à Bordeaux

**Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans
l'enseignement de la communication médecin-
patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage
et d'internes en médecine générale.**

Directeur de thèse

M. le Docteur Pierre GAYRAUD

Jury

M le Professeur Patrick DEHAIL Président

M le Professeur William DURIEUX Rapporteur

M le Professeur François PETREGNE

M le Docteur Stéphane FRAIZE

M le Docteur Pierre GAYRAUD

« La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout, d'unir des hommes : il n'est qu'un luxe véritable, et c'est celui des relations humaines. »

Antoine de Saint-Exupéry, Terre des hommes

REMERCIEMENTS

Les membres du jury,

Monsieur le Pr Patrick DEHAIL,
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Bordeaux.
Service de médecine physique et de réadaptation.

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

Monsieur le Pr William DURIEUX,
Professeur associé, Département de médecine générale, Université de Bordeaux,
Médecin Généraliste, Maître de stage des Universités.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'évaluer et juger mon travail. Recevez le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Pr François PETREGNE,
Professeur associé, Département de médecine générale, Université de Bordeaux,
Médecin généraliste, Maître de stage des Universités.

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect.*

Monsieur le Dr Stéphane FRAIZE
Médecin Généraliste, Maître de stage des universités.

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

Monsieur le Dr GAYRAUD,
Médecin Généraliste, Maître de stage des universités.

*J'ai apprécié ton enseignement et te remercie de m'avoir guidé dans l'élaboration de ce travail,
Pour ton attention, ta disponibilité, tes qualités d'enseignant et m'avoir ouvert les portes d'une meilleure communication avec nos patients.*

A ceux qui m'ont accompagné pendant ce travail et guidé dans mon cursus,

A l'ensemble des internes et maîtres de stage qui ont participé à cette étude, pour leur accueil et leur disponibilité.

Aux documentalistes des Centres hospitaliers de Pau et Bayonne pour leur aide.

Au Mitch pour sa participation active, la triangulation c'est un peu lui, la mise en page aussi...

Dr Berland, Jacques ce fut une chance et un grand plaisir d'exercer à tes côtés, de partager mes réflexions et mes doutes. Tu fais partie de ceux qui ont construit ma pratique. Je te remercie pour ce lien de pair que nous avons créé.

Les Docteurs Benoît Gedon, Bertrand Prouff, Bruno Leplaideur et Julien Roger Schmeltz, votre enseignement a marqué mon parcours et continuera d'influencer ma pratique.

Remerciements personnels,

A Quitterie, mon amour, ta présence à mes côtés me donne des ailes,

Et Junon qui nous fait voler encore plus haut depuis son arrivée.

Maman, Papa, pour votre amour, ma réussite est la vôtre.

A ma sœur Caroline.

A mes grands-parents, oncles tantes, cousins et cousines.

Daniel, Odile, Tim, Clo, Vincent et leur grande famille. Juliette bientôt consœur et déjà courtière à la BU !

A mes amis, Guillaume, Bénédicte, Emmanuel, Anna, Camille * 2, Anne, Gaël, Jenny, Adrien, Florian, Tom, Alizée, Cédric, Julia, Marguerite, Déborah, Philippine, Charlotte, Nicolas, Francis.

A toute la cordée du pays basque pour les sommets vaincus et ceux nombreux à venir Olivier, Sylvain, Kattyn, Isaure, Pierre, Valérie, François, Hélène, Dorian, on ne se sent jamais aussi vivant que tout là-haut mis bout à bout.

A celles et ceux qui ont partagé la chambre de garde et continueront de patauger à mes côtés entre deux patients Cécile, Marion, Xavier, Matthieu, Nicolas, Marie et Maryse, Charles, Christelle.

A l'ensemble de soignants de tout bord qui m'ont accompagné, pour les moments partagés à vos côtés.

GLOSSAIRE

ALOBA : Agenda-led, outcome-based, analysis

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

DPC : Développement Professionnel Continu

MSU : Maître de stage des universités

SIFEM : Société internationale francophone d'éducation médicale

SODEV : Supervision par observation directe avec enregistrement vidéo

GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION	
1. L'IDÉE	11
2. LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT, UNE COMPÉTENCE INCONTOURNABLE	11
3. ÉTAT DES LIEUX DE SON ENSEIGNEMENT	13
3.1. Premier et deuxième cycles des études médicales	13
3.2. Au cours de l'internat de médecine générale.....	15
3.2.1. Enseignement théorique	15
3.2.2. Enseignement pratique	15
4. LA SUPERVISION VIDÉO : UN OUTIL VALIDÉ	16
5. EN FRANCE UN OUTIL MÉCONNU	17
6. L'OBJECTIF DE CE TRAVAIL.	18
MATERIEL ET METHODE	
1. METHODE DE RECHERCHE	19
1.1. Une étude qualitative	19
1.2. Par théorisation ancrée	19
1.3. A partir d'entretiens semi dirigés.....	20
2. LA POPULATION ETUDIEE	21
2.1. Choix des participants	21
2.2. Recrutement	21
2.3. Taille de l'échantillon	22
3. RECUEIL DES DONNEES	22
3.1. Élaboration du guide d'entretien.....	22
3.2. Déroulement des entretiens	23
3.3. Retranscription des données.....	24

4. TRAITEMENT DES DONNÉES	25
4.1. Analyse continue	25
4.2. Analyse informatisée	25
4.3. Codage des données	25
4.4. Triangulation de l'analyse	27
5. MÉTHODE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	28
6. FINANCEMENT	29

RESULTATS

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON.....	30
2. RÉSULTATS QUALITATIFS.....	33
2.1. Méconnaissance de la SODEV	33
2.1.1. Un outil méconnu pour ceux qui ne l'utilisent pas	33
2.1.2. Un outil parfois sous utilisé ou mal utilisé	34
2.1.3. Du côté des patients filmés, une vision erronée	34
2.2. Besoin de formation	35
2.2.1. Une demande de l'ensemble des acteurs.....	35
2.2.2. Un cadre nécessaire	36
2.2.2.1 Quel promoteur, avec quels moyens ?.....	36
2.2.2.2 Moyens humains	36
2.3. Conditions nécessaires à la pratique de la SODEV.....	38
2.3.1. Conditions matérielles	38
2.3.1.1 Le local	38
2.3.1.2 Choix et maîtrise de l'outil.....	38
2.3.1.3 Coût de l'équipement.....	39
2.3.2. La bonne gestion des conditions de réalisation	40
2.3.2.1 La gestion du temps	40
2.3.2.2 Présence de l'enseignant ?.....	41

2.3.3. Maitrise théorique de cette forme de supervision	42
2.3.3.1 Capacité pour l'enseignant à conduire la SODEV	42
2.3.3.2 Un outil trop complexe ?	42
2.3.3.3 Nécessité d'un support pédagogique	43
2.3.3.4 La place de l'auto-évaluation	43
2.3.4. Un environnement favorable	44
2.3.4.1 Avec l'interne	44
2.3.4.2 Avec les patients.....	46
2.3.5 Prise en compte de la personnalité des acteurs	49
2.3.5.1 L'interne.....	49
2.3.5.2 L'enseignant	55
2.4. Une perception favorable de la SODEV	59
2.4.1. Un outil acceptable.....	59
2.4.2. Un outil accessible	60
2.4.3. Satisfaction de l'ensemble des acteurs.....	60
2.4.3.1 L'enseignant pédagogue.....	60
2.4.3.2 L'interne.....	62
2.4.3.3 Le patient.....	64

DISCUSSION

1. CONCERNANT NOTRE RECHERCHE	66
1.1. Méthodologie	66
1.1.1. La population étudiée et son recrutement.....	66
1.1.2. La taille de l'échantillon et la saturation des données	67
1.1.3. Reproductibilité, triangulation de l'analyse.....	67
1.1.4. Vérification des résultats	67
1.2. L'investigateur	67
1.2.1. Une première expérience de recherche qualitative	67

1.2.2. Biais d'investigation.....	68
2. CONCERNANT LES RESULTATS	69
2.1. La logistique de la SODEV.....	69
2.2. Les facteurs Humains	71
2.2.1. L'enseignant.....	71
2.2.1.1 Sa rémunération	71
2.2.1.2 L'accès à la formation continue.....	71
2.2.1.3 Age et motivation	72
2.2.1.4 Son appréhension.....	72
2.2.2. Le patient	73
2.2.2.1 Secret médical.....	73
2.2.2.2 Le droit à l'image et recueil du consentement du patient.....	73
2.2.2.3 Son intimité physique.....	74
2.2.2.4 Taux de participation	75
2.2.2.5 Motivation des patients	75
2.2.2.6 La caméra	75
2.2.3. L'interne	76
2.2.3.1 Anxiété de performance	76
2.2.3.2 Son image	76
2.2.3.3 La caméra	77
2.2.3.4 Intérêt porté à la communication.....	78
2.2.3.5 Sa relation avec le patient.....	78
2.3. Réflexions sur le processus pédagogiques	78
2.3.1. Formation des enseignants	78
2.3.1.1 Le besoin de formation des enseignants.....	78
2.3.1.2 Promouvoir la SODEV	79
2.3.2. Place de la SODEV dans l'enseignement des compétences relationnelles	80
2.3.2.1 L'apprentissage de la communication, une découverte tardive pour les étudiants.....	80

2.3.2.2 A terme, un cursus intégré	80
2.3.2.3 Le stage ambulatoire mis en valeur	82
2.3.3. Vers une maîtrise pédagogique de la SODEV	83
2.3.3.1 Contrainte temporelle et notion de planification	83
2.3.3.2 Un climat propice pour l'interne, notion de relation d'aide	83
2.3.3.3 Champ d'application de la SODEV	84
2.3.3.4 L'utilisation d'un support	86
2.3.3.5 Importance de l'autoévaluation, nécessité de l'hétéro-évaluation.....	88
2.3.3.6 L'ALOA.....	89
2.3.3.7 L'évaluation formative et/ou sanctionnante	90
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES	100
1 Courriel aux DMG.....	100
2 Guide d'entretien 1° version	101
3 Guide d'entretien dernière version (auprès d'un enseignant utilisant la SODEV).....	105
4 Retranscription des entretiens n° 3, 6 et 10	107
SERMENT D'HIPPOCRATE	134

INTRODUCTION

1. L'IDÉE

L'idée d'une thèse portant sur la supervision vidéo est née de la discussion en fin de stage avec trois enseignants généralistes. La difficulté à maintenir un lien pédagogique tout au long des stages ambulatoires particulièrement dans le domaine de la relation médecin patient nous amena à évoquer la supervision vidéo. Si l'utilité des cours sur la communication n'est plus discutée, les modalités de son enseignement paraissent moins évidentes et doivent être développées. C'est cette réflexion qui me conduit à identifier la nature des freins à la supervision vidéo des internes en stage chez le praticien pour la formation à la communication professionnelle.

2. LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT : UNE COMPÉTENCE INCONTOURNABLE

La communication est un outil essentiel du praticien. Elle est à la base de la relation médecin-patient. La bibliographie abonde sur ce sujet et l'importance des habiletés communicationnelles et relationnelles est désormais reconnue (1-3).

Sa bonne gestion est bénéfique sur de nombreux plans. Elle permet de majorer les chances de succès des stratégies diagnostiques et thérapeutiques proposées.

La société même à travers des organismes et associations de patients réclame des médecins mieux formés puisque la majorité des conflits découle d'une carence de communication sans que le côté technique de la prestation médicale soit mis en cause (4-7). Les patients se disent fréquemment insatisfaits des compétences de leur médecin en communication alors qu'ils considèrent ce domaine comme une des compétences les plus importantes à maîtriser par les soignants (8-9). Dans près d'un cas sur deux, les motifs de consultation ne seraient pas compris par les médecins qui reconnaissent leurs lacunes (10-12).

Cette prise de conscience qui s'est opérée reflète l'évolution vers une médecine plus coopérative, le patient informé participant activement à sa prise en charge.

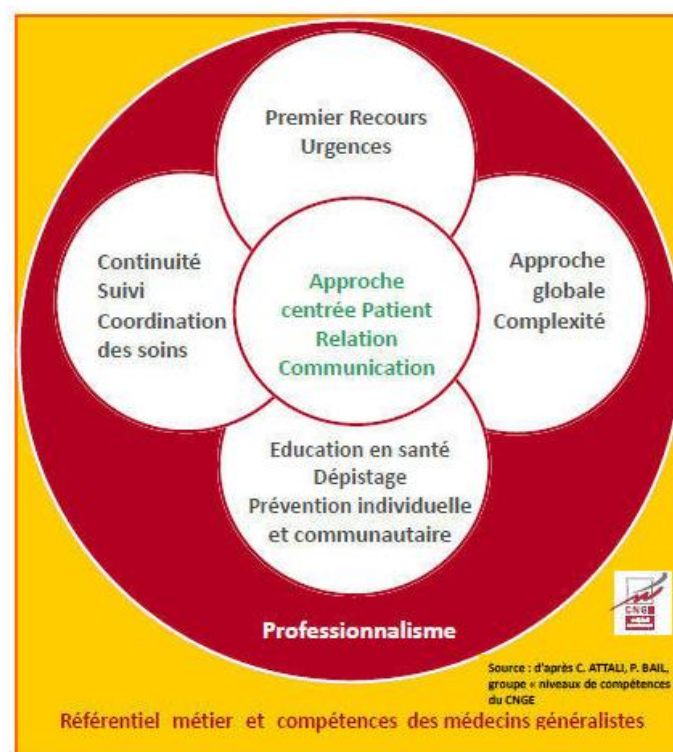
La satisfaction globale du binôme médecin/patient passe donc aujourd'hui par la bonne gestion de sa communication.

La recherche permet de mieux connaître les éléments nécessaires à la tenue de l'entretien médical, éléments communicationnels et relationnels qui font consensus (13-14).

La communication est ainsi devenue un objectif d'enseignement et son importance est soulignée dans le référentiel métier.

Ainsi, la définition de la médecine générale par la Société Européenne de médecine de famille intègre la communication avec les patients comme une des compétences fondamentales (15). Elle est considérée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) comme une des six compétences génériques essentielles à maîtriser pour l'exercice de la médecine générale (*figure 1*) (16) .

Figure 1 : La communication, une compétence centrale du médecin généraliste.



De son côté, l'Académie nationale de médecine préconise pour traiter la « maladie de la communication » de valoriser les stages chez le praticien et d'évaluer l'aptitude à la communication des étudiants et des enseignants se rapprochant ainsi des recommandations de la Société internationale francophone d'éducation médicale (SIFEM) (3, 17).

Mais dans les faits et devant tant d'incitations, de quelle manière la communication est-elle enseignée ?

3. ÉTAT DES LIEUX DE SON ENSEIGNEMENT

3.1. PREMIER ET DEUXIÈME CYCLES DES ÉTUDES MÉDICALES

Au cours des deux premiers cycles le cadre théorique de l'enseignement à la communication reste modeste en comparaison de celui des connaissances techniques et biomédicales (18). Les modalités pratiques d'enseignement à partir du référentiel national varient selon les universités.

A Bordeaux, la relation entre soignés et soignants est une notion abordée en première année d'étude (PACES¹, ex-PCEM² 1) dans un module consacré aux sciences humaines et sociales (19). Cet enseignement n'est repris qu'en troisième année (DFGSM³ 3, ex-DCEM⁴ 1) dans une unité intitulée Santé, Société, Humanité. Six heures sont alors consacrées à l'enseignement de la communication avec le patient et sa famille (20). La réforme des études médicales n'a pas apporté d'évolution significative dans ce domaine.

Il n'y aura pas non plus de changement en deuxième cycle (DFASM⁵ 3) ou parmi les 345 questions abordées trois ont trait à la communication et seul le premier item s'y consacre (*Tableau 1*)(21-22).

1

2 PACES : première année commune aux études de santé
PCEM : premier cycle d'études médicales
3 DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales
4 DCEM : deuxième cycle d'études médicales
5 DFASM : diplôme de formation avancée en sciences médicales

Tableau 1 : Extrait du programme de l'Examen National Classant.

Item n°1 : La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès.
- Élaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances

Item n° 3 : Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves. L'aléa thérapeutique

- Analyser les bases du raisonnement et de la décision en médecine.
- Intégrer la notion de niveau de preuve dans son raisonnement et dans sa décision.
- Expliquer au patient en termes compréhensibles les bénéfices attendus d'un traitement, les effets indésirables et les risques.

Item n° 170 : La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse

- Argumenter les facteurs qui interviennent lors d'une décision thérapeutique chez un malade donné
- Argumenter l'absence de prescription médicamenteuse et l'introduction ou l'arrêt d'un médicament
- Expliquer les facteurs améliorant l'observance thérapeutique lors de la prescription initiale et de la surveillance.

3.2. AU COURS DE L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE

3.2.1. ENSEIGNEMENT THÉORIQUE

En troisième cycle la formation théorique de l'interne à partir d'un référentiel national se fait selon des modalités propres à chaque département de médecine générale (DMG). A Bordeaux elle consiste en une succession de séminaires organisés autour des scripts produits par les étudiants. En trois ans et 200 heures d'enseignements l'interne participe à une séance de deux heures consacrée à la communication en santé (23). D'autres cours permettent d'aborder la bonne gestion de sa communication au travers de situations plus spécifiques : annonce d'une mauvaise nouvelle, patient opposant, relation d'aide,...

Dans les scripts de situations complexes et authentiques qui constituent son portfolio, l'étudiant est encouragé à développer les interactions relationnelles avec le patient.

3.2.2. ENSEIGNEMENT PRATIQUE

Le volet pratique de la formation comporte des stages hospitaliers où le temps manque souvent pour l'enseignement du dialogue avec le patient (24). L'apprentissage axé sur le domaine biomédical se préoccupe trop rarement de l'établissement d'une bonne relation médecin-patient. Beaucoup considèrent cette compétence comme une évidence relevant de l'expérience et impossible à enseigner (2).

Un semestre est consacré à la médecine ambulatoire : c'est le stage chez le praticien. C'est là que l'interne doit développer l'essentiel des compétences spécifiques à la médecine familiale puisque l'apprentissage s'inscrit bien souvent pour la première fois de son cursus dans le cadre de son exercice futur. Il se divise en trois phases successives :

- une phase d'observation : l'interne observe le praticien qui consulte,
- une phase dite de supervision directe de l'interne : c'est l'enseignant qui regarde l'interne,
- suivi d'une phase de supervision indirecte, passage à l'autonomie de l'interne qui reçoit seul les patients.

En permettant l'observation et l'évaluation de l'interne, la phase de supervision directe est particulièrement adaptée pour explorer les techniques communicationnelles. La discussion qui s'en suit au cours de la rétroaction permet d'établir un diagnostic éducatif et de fixer des objectifs pour les séances suivantes (25). Mais là encore tout dépend de la sensibilité du maître de stage pour l'enseignement de la relation médecin-patient et de sa capacité à donner une rétroaction efficace. En effet l'observation de la consultation est réservée au superviseur. L'interne doit se contenter de l'évaluation de l'enseignant qui se cantonne parfois à

une simple observation sans enclencher de processus pédagogique. Or c'est bien de la rétroaction dont dépend la progression de la communication de l'interne.

Finalement, alors que le dialogue est au centre de la démarche clinique, le cadre théorique de son enseignement reste en France modeste et soumis à de fortes disparités (24).

Ce déficit de formation contraste avec les objectifs fixés par les différentes instances et l'importance démontrée d'enseigner cette compétence dans un cadre théorique établi au cours de formations universitaires structurées (2,3).

A l'étranger, la supervision par observation directe de consultation avec enregistrement vidéo (SODEV) tient une place importante dans le programme de formation à la communication médecin/patient (26).

4. LA SUPERVISION VIDÉO : UN OUTIL VALIDÉ

La supervision vidéo de l'étudiant en médecine est un outil utilisé à des fins diverses. Il existe toute une palette de variations déclinée autour de l'usage de la vidéo selon les pays, les facultés, les disciplines et le niveau. C'est notamment le cas dans le domaine de l'enseignement à la communication. Les études ont validé depuis plus de trente ans, l'efficacité de cette méthode et sa supériorité par rapport à l'enseignement traditionnel pour l'amélioration des aptitudes communicationnelles des praticiens (26-28).

Au Québec, comme dans les Pays Anglo-Saxons mais pas seulement, des méthodes d'apprentissage et d'évaluation de la communication médecin-patient ont été élaborées s'appuyant notamment sur une supervision directe par observation de consultations filmées.

Cette technique d'enseignement est intégrée dans un cursus dédié à la médecine générale (2, 29). Au sein d'unités de médecine familiale, structure à orientation pédagogique où se déroule l'équivalent du stage ambulatoire, le résident participe à un enseignement vidéo. Régulièrement, une des consultations de l'interne est filmée dans une salle spécialement équipée afin de bénéficier d'une évaluation formative au cours de la séance de rétroaction avec l'enseignant. Cela vient compléter l'enseignement par ailleurs dispensé en supervision directe non filmée, indirecte ou en ateliers.

Les évolutions technologiques avec une diminution des coûts et une simplicité d'utilisation rendent cet outil plus accessible.

Qu'en est-il de son utilisation en France ?

5. EN FRANCE UN OUTIL MÉCONNU

La revue de la littérature française ne retrouve aucun document relatif à l'utilisation régulière de la SODEV. Pour conforter cette idée nous avons préalablement à notre étude, interrogé l'ensemble des départements de médecine générale.

En juin 2014 l'ensemble des responsables (directeur ou responsable pédagogique) des DMG ont été contactés par l'investigateur de ce travail. Le collège régional des enseignants généralistes était sollicité en cas de non réponse.

L'objectif était de recenser les régions où la supervision vidéo est un outil proposé à l'ensemble des maîtres de stage universitaire (MSU).

Sur les 36 régions sollicitées par mail ou téléphone, 23 ont répondu (64%). (Annexe 1)

Les séances de supervision vidéo en groupe avec jeux de rôle parfois proposés en cours, n'ont pas été retenues.

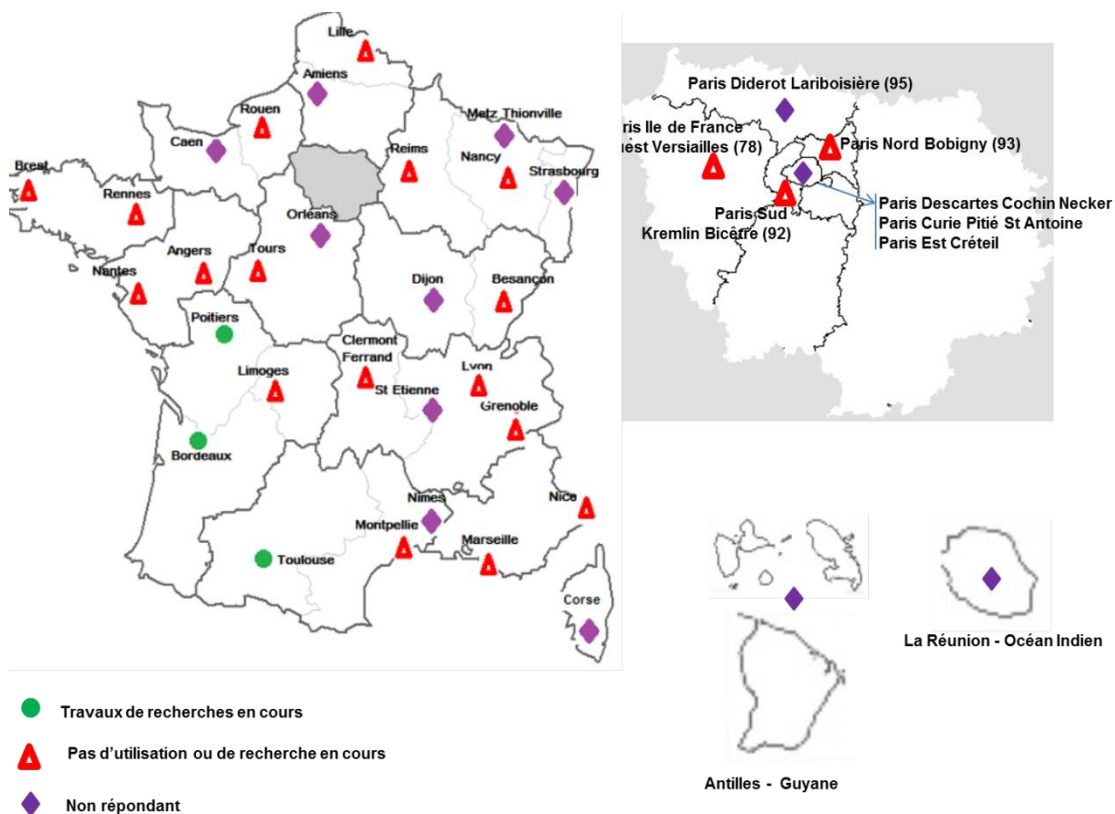
Ainsi il n'est recensé aucun DMG en France où la SODEV est proposée aux internes ou maîtres de stage (*figure 2*).

Un projet en Midi Pyrénées serait à l'étude et trois thèses étaient alors en cours à Poitiers à partir d'une expérimentation commune.

Ce tour d'horizon a permis d'identifier quelques MSU ayant introduit dans leur pratique cet outil. Mais cela reste plutôt l'affaire de pratiques isolées de quelques enseignants. Le recensement des utilisateurs ne pouvant être exhaustif, il n'en est pas tenu compte dans notre état des lieux.

Au final l'utilisation de la vidéo comme outil pédagogique reste anecdotique en France.

Figure 2 : La supervision vidéo en France en 2014



6. L'OBJECTIF DU TRAVAIL

Ce travail cherche à identifier et analyser les freins à l'utilisation de la supervision vidéo lors des stages ambulatoires du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale. Les résultats permettront d'élaborer des pistes pour en favoriser la mise en place.

MATERIEL ET METHODE

1. MÉTHODE DE RECHERCHE

1.1. UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Il s'agit de recueillir et analyser dans leur contexte les obstacles rencontrés ou présumés à la supervision vidéo ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer la manière dont ces obstacles sont perçus et surmontés par les médecins généralistes et les internes.

Il s'agit d'une question complexe entendu que l'on ne cherche pas à quantifier une donnée mais à explorer un éventail de possibilités que les intéressés rencontrent dans leur pratique quotidienne et qui déterminent leur choix.

En permettant l'analyse de facteurs subjectifs non mesurables la recherche qualitative est la méthode qui convient le mieux (30-33).

1.2. PAR THÉORISATION ANCRÉE

Le choix du type d'analyse se porte sur la théorisation ancrée (34-36).

Cette méthode d'analyse issue de la sociologie est idéale pour comprendre les attentes et les comportements des personnes interrogées face à une problématique donnée.

Dans le cadre d'une recherche préliminaire elle permet à partir d'un volume important de données d'obtenir des hypothèses valables et de faire émerger des idées nouvelles.

Il s'agit d'une méthode inductive. Il n'y a pas d'hypothèses a priori. La revue de la littérature n'intervient ainsi qu'en fin d'étude pour qu'aucune idée préconçue ne vienne biaiser le recueil des données.

La multiplication des entretiens permet de dégager des logiques d'actions communes mais aussi divergentes entre les personnes rencontrées.

L'analyse est continue sous forme d'un aller/retour constant entre les données déjà recueillies et analysées et les entretiens à venir permettant à chaque fois de mieux les orienter.

1.3. À PARTIR D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

Lorsque l'on mène une étude qualitative plusieurs type d'entretiens sont possibles: l'entretien libre, l'entretien semi-dirigé et le focus groupe (32, 33, 36-38).

L'entretien non directif ou libre est surtout utilisé pour défricher un sujet sur lequel il existe peu de données. On laisse alors l'interlocuteur s'exprimer librement sans véritable canevas. Mais souhaitant cibler un domaine précis et disposant avec l'avancement de l'étude de données issues des entretiens passés ce choix ne paraît pas pertinent pour notre étude.

La tenue de focus groupes permet de faire naître des idées en profitant de l'interaction des participants réunis autour d'un modérateur. Mais plusieurs éléments amènent à écarter cette méthode. D'abord une analyse par théorisation ancrée conduit à choisir les individus par étapes successives selon les informations déjà obtenues et celles que l'on souhaite vérifier. Ensuite les disponibilités de chacun et la dispersion géographique des participants rend complexe la tenue d'un tel entretien. Enfin la diversité de l'échantillon et les divergences d'opinion et de point de vue que cela induit risquent de favoriser les réactions de défense. La perte d'information qu'elles peuvent engendrer conduit à privilégier un autre moyen pour le recueil de données: l'entretien semi-directif.

Au cours d'un entretien semi-dirigé l'investigateur utilise un guide construit au préalable. Ce canevas se veut directif car il permet de s'assurer que l'ensemble des thèmes à aborder l'ont été. Mais il ne l'est qu'en partie car c'est bien l'interviewer qui doit s'adapter à chacun de ses interlocuteurs afin de récolter la plus grande quantité d'information possible. Ainsi la discussion se déroule dans un cadre non rigide laissant aux interlocuteurs la liberté de développer et d'orienter librement leurs idées (37-39). L'usage de la grille se veut souple dans la chronologie des thèmes abordés afin de raccrocher les questions au discours de l'intéressé dans la mesure du possible. En cela il s'oppose au questionnaire qui guide un entretien dirigé et qui limite les réponses possibles.

Pour toutes ces raisons cette dernière méthode de recueil des données apparaît la plus pertinente afin d'interpréter le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques tout en permettant l'émergence de thèmes inattendus.

2. LA POPULATION ETUDIEE

2.1. CHOIX DES PARTICIPANTS

Nous décidons de nous adresser à l'ensemble de la population concernée constituée de MSU et d'internes ayant ou non une expérience de la supervision vidéo. Ce choix méthodologique permet de constituer un échantillon représentatif qualitativement tout en privilégiant les sources de données les plus riches : c'est l'échantillonnage théorique (32, 36- 40).

A ce titre le choix aléatoire des MSU non utilisateur de la vidéo ne convient pas. Pour leur recrutement, les enseignants responsables des modules communication au sein des commissions pédagogiques de Bayonne, Dax, Pau et Bordeaux ont été contactés.

Les MSU utilisant la supervision vidéo ont été recrutés pour partie à partir de la bibliographie française sur le sujet permettant d'en identifier certains. Les autres ont été sollicités par le biais de réseaux de connaissance amenant à recruter par effet « boule de neige ». Compte tenu du faible nombre d'enseignants utilisant la supervision filmée, ce recrutement ne se limite pas à l'Aquitaine.

La population a été échantillonnée afin d'assurer la plus grande diversité possible en terme d'âge, de sexe, d'expérience de la vidéo et de la maîtrise de stage.

Les internes ont tous été recrutés par le biais de leurs MSU qui nous communiquaient leurs coordonnées avec leur consentement. Le stage chez le praticien ou stage ambulatoire de niveau 1 devait être terminé avant l'entrevue.

2.2. RECRUTEMENT

Le recrutement s'est donc fait par étapes successives, guidé par les entretiens déjà réalisés.

Un premier contact téléphonique permet de présenter brièvement le sujet de thèse et d'obtenir un rendez-vous en précisant une durée minimum d'une heure. Le choix de la date leur est laissé de même que le lieu en privilégiant un endroit calme où ils se sentent à l'aise (domicile, cabinet médical en fin de consultations).

2.3. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Compte tenu de notre choix méthodologique la taille de l'échantillon importe peu. Ce type d'étude impose d'obtenir une population représentative qualitativement et non quantitativement (37-38,40). Au final, c'est la redondance des informations qui met fin au recrutement. Le nombre final d'entretiens n'est ainsi obtenu que lorsque les interviews ne semblent plus rien apporter de nouveau et en s'assurant que l'ensemble des sources de variations potentielles ont été explorées (maîtres de stage, internes, expérience de la vidéo, ..) : c'est la saturation (32,36-38).

3. RECUEIL DES DONNEES

3.1. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Il est élaboré avant la tenue du premier entretien et comporte la liste des thèmes qui doivent être abordés avant la fin de chacun d'entre eux.

Dans notre étude l'échantillon se distingue par sa diversité. Ainsi, plutôt qu'un guide unique difficilement maniable nous préférons des formulations propres à chaque sous-groupe considérant ainsi les internes et les maîtres de stage selon qu'ils ont ou non une expérience de la vidéo.

Le questionnaire se divise en deux parties :

- La première est constituée d'une série de questions fermées qui permettent de décrire l'interlocuteur par quelques données démographiques et d'apprécier l'expérience, l'intérêt et le niveau de formation dans le domaine de la relation médecin-patient. Ces questions permettent d'établir un climat propice à la suite de l'entretien en s'adaptant à l'interviewé. Ce procédé est habituel dans ce type d'étude afin d'éviter d'aborder d'emblée des thèmes plus sensibles (37,41).
- La seconde partie correspond au travail de recherche proprement dit. Elle est constituée d'une trame de questions ouvertes. Chaque question ne reflète qu'une seule idée, à aborder en cours de l'entretien sans connotation de la part de l'investigateur et dans un ordre cohérent mais non imposé afin de se raccrocher au mieux au discours de l'interlocuteur.

Il a été ainsi dressé un premier canevas pour recueillir selon le cas les opinions ou l'expérience de l'interlocuteur sur les thèmes suivants :

- la place de l'enseignement de la relation avec le patient et la façon dont elle s'organise (sans la vidéo), en appréciant la méthode, les outils, les thèmes, l'organisation,...
- l'utilité perçue ou vécue de la vidéo, son apport par rapport aux méthodes de supervision actuelles
- la manière de l'organiser
- les freins à son usage en explorant les sphères de chacun des participants à une telle séance : l'interne, le patient et le maître de stage

Le canevas a été utilisé une première fois sur un médecin et un interne pour évaluer la durée de l'entretien et la pertinence des questions (échantillonnage initial). Des relances et sous questions ont alors été élaborées. Cet ajustement du questionnaire se poursuit tout au long du recueil de données afin d'intégrer de nouveaux aspects et de vérifier et approfondir les données déjà recueillies. Il y a ainsi autant de grilles d'entretiens que d'interviews.

3.2. DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Chaque entrevue est intégralement enregistrée grâce au logiciel en libre accès Audacity⁶ doublé par sécurité d'un dictaphone numérique.

Les expressions non verbales sont notées autant que possible pour ne pas perdre le contact visuel ni la trame du discours pour pouvoir être intégrées. Cette prise de note l'était également en vue de relances.

Avant de débiter les participants donnent leur accord pour la retranscription des enregistrements et leur anonymat est garanti. Par précaution le temps disponible est vérifié en rappelant la durée potentielle.

En introduction l'étude est brièvement décrite et des précisions sont données justifiant leur recrutement. Cela permet d'établir le cadre de communication et d'établir un climat de confiance.

Conformément aux principes de l'entretien semi dirigé l'interlocuteur n'est pas interrompu. L'enregistrement audio se poursuivait aussi tard que possible pour éviter toute perte d'information. Des idées nouvelles surviennent en effet fréquemment au moment de prendre congé.

Chaque entrevue se conclue par des remerciements et une proposition de retour des résultats (41, 42).

⁶ <http://audacity.fr/>

3.3. RETRANSCRIPTION DES DONNÉES

La retranscription rigoureuse se fait peu de temps après l'interview aidé du ralentisseur de vitesse du logiciel Audacity. Les réunions sont ainsi retranscrites mot à mot sous forme écrite, les verbatim, avec le logiciel de traitement de texte Word.

Les expressions non verbales sont incorporées entre parenthèse lorsqu'elles peuvent avoir une signification pour l'analyse des données.

Parallèlement des mémos sont rédigés toujours à l'aide de logiciel d'analyse. Ils sont enrichis à la lecture de chaque nouvel entretien pour constituer une riche base de données portant autant sur des réflexions méthodologiques que sur des hypothèses de résultats à approfondir ou à vérifier.

Pour garantir l'anonymat les maîtres de stage et les internes sont nommés respectivement M et I et indicés suivant l'ordre chronologique des entretiens. Les personnes et les lieux cités dans les discussions sont également rendus non identifiables en les remplaçant par leur première lettre.

L'ensemble des retranscriptions est disponible sur internet via le logiciel Dropbox à l'adresse <https://www.dropbox.com/sh/yt4nxcr28363ey1/AAA8hDz1xDacnGtUDBi7osgWa?dl=0> ou par courriel sur demande à l'adresse

4. TRAITEMENT DES DONNÉES

4.1. ANALYSE CONTINUE

Le recueil et l'analyse des données sont menés simultanément. Ce continuum est une caractéristique majeure de la théorisation ancrée. L'analyse débute ainsi dès le premier entretien pour adaptation du guide et afin de repérer la saturation au fil des interviews (35-38).

4.2. ANALYSE INFORMATISÉE

L'analyse est réalisée avec Nvivo⁷, un logiciel d'analyse qualitative. Cet outil facilite et réduit le temps de traitement des données. Le codage, la production d'arborescences et d'éléments de synthèse sont facilités (32, 36).

4.3. CODAGE DES DONNÉES

L'analyse commence par un codage du verbatim (35-38). Lors de la lecture du script les phrases ou mots clés sont extraits. Chaque élément est alors classé dans une catégorie représentant l'idée véhiculée. Une même partie de texte peut contenir plusieurs idées et être classée dans plusieurs catégories différentes.

Ces nœuds ont été ensuite regroupés en thèmes plus généraux et parfois déclinés en sous-catégories plus détaillées : c'est la catégorisation.

Les différentes catégories sont ensuite mises en relation pour permettre une description approfondie du questionnement.

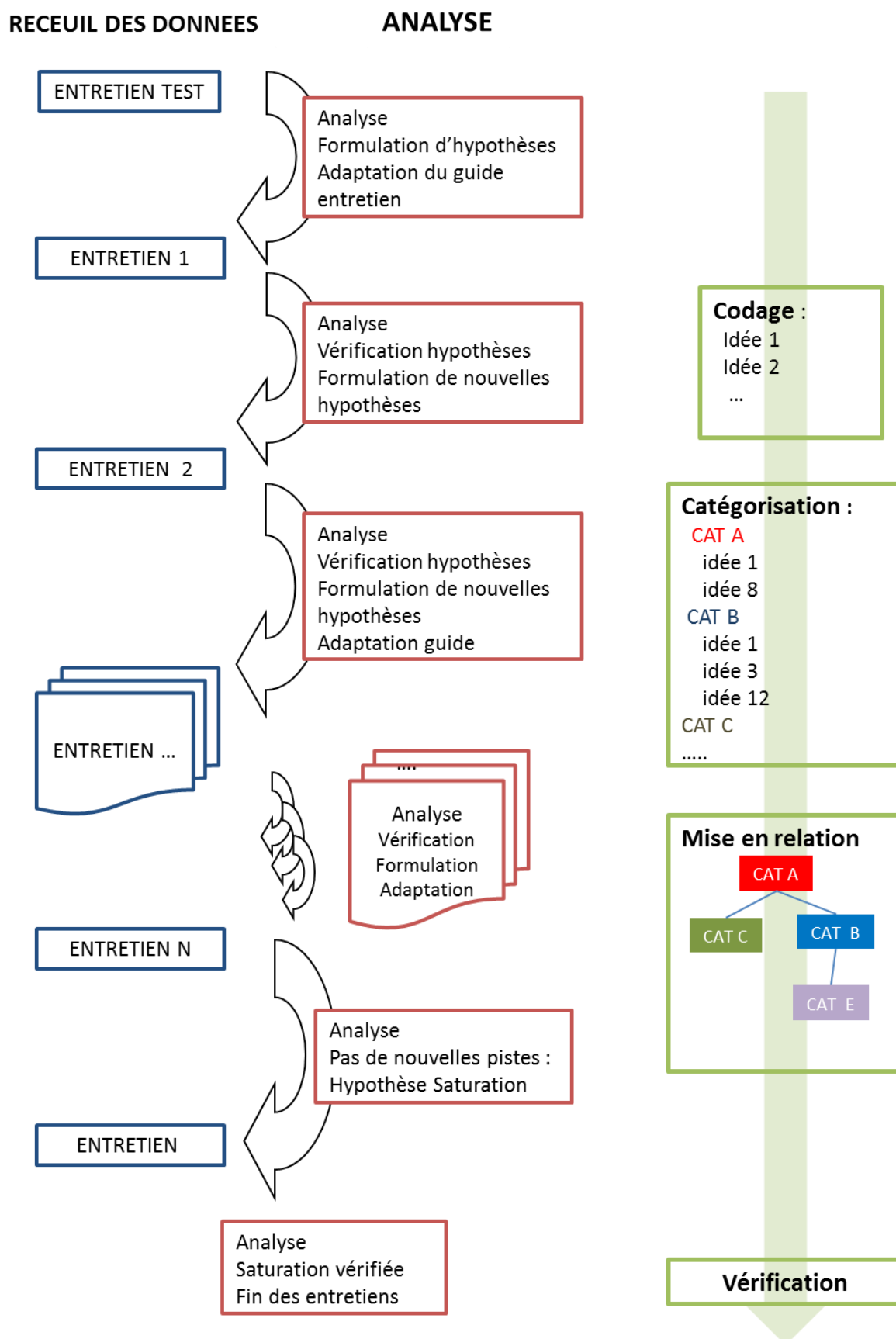
Il en résulte une arborescence dont la construction est progressive et évolutive, constamment enrichie par les lectures des nouveaux verbatim jusqu'à saturation.

La méthode de recherche qualitative, du recueil à l'analyse des données, est schématisée par l'investigateur dans la figure 3 (page suivante).

⁷

<http://www.qsrinternational.com/nvivo-french>

Figure 3 : Recherche qualitative par théorisation ancrée.



4.4. TRIANGULATION DE L'ANALYSE

Pour les quatre premiers entretiens, une seconde analyse, manuscrite, est menée par un investigateur extérieur à l'étude et ayant l'expérience de l'analyse et du codage d'entretiens semi-dirigés afin d'en assurer la validité. C'est la triangulation de l'analyse qui assure la validité du codage (33, 34, 37, 40).

5. MÉTHODE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Le travail de documentation a débuté par un état des lieux des publications sur la supervision vidéo réalisées en France et publiées sur les portails du SUDOC⁸ et de la BIUM⁹.

Ont été interrogées de la même manière les archives des revues Exercer et Pédagogie Médicale.

Ce travail préliminaire a permis de valider notre thème et d'élaborer notre question de recherche.

Excepté la documentation méthodologique, la suite de la recherche bibliographique s'est faite après le recueil des données conformément au principe de la théorisation ancrée (35-36).

Elle s'est alors étendue en interrogeant la base de donnée Medline via le moteur de recherche Pubmed ainsi que la Cochrane Library avec trois axes de recherches : la recherche qualitative en soins primaires, la pédagogie à la communication médecin-patient et la supervision vidéo (*tableau 2*).

Tableau 2 : Liste des mots clés par thématiques.

THEMATIQUES	MOTS CLES
Méthode de travail	recherche qualitative, étude qualitative, analyse qualitative, entretiens semi-dirigés, codage, analyse de contenu, théorisation ancrée.
Thème de recherche	supervision vidéo, enseignement vidéo, enregistrement, SODEV
Domaine d'application et population	et interne, enseignement de la communication ou de la relation médecin-malade, médecine générale, ambulatoire

⁸ SUDOC : système universitaire de documentation
⁹ BIUM : bibliothèque universitaire de santé

Un résumé est rédigé pour chaque article retenu afin d'en faciliter l'usage. Les articles publiés dans des revues de soins primaires sont privilégiés.

L'ensemble de la bibliographie est gérée avec le logiciel Zotero ¹⁰ disponible en libre accès. Il facilite la collecte, la gestion des références retenues et la production de la bibliographie.

Cette étape de documentation est secondée par le personnel de la bibliothèque médicale du Centre Hospitalier de la Côte Basque.

6. FINANCEMENT

L'ensemble des frais ont été supportés par l'auteur de l'étude. Ils concernent :

- l'achat d'un dictaphone numérique,
- l'acquisition d'une licence étudiant semestrielle du logiciel NVivo auprès de la société Ritme avec mise à disposition d'un guide d'utilisation,
- l'accès à certaines ressources bibliographiques.

Les entretiens ne donnent pas lieu à indemnisation.

¹⁰ <https://www.zotero.org/>

RESULTATS

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

Les entretiens, tous menés par le même interlocuteur, se sont déroulés d'octobre 2014 à juin 2015. Treize personnes ont été contactées et ont acceptées de participer à l'étude soit huit MSU et cinq internes (*tableaux 3 & 4*). Cinq rencontres ont eu lieu au cabinet des médecins, une au domicile des interviewés, deux dans un lieu public et cinq par visioconférence (Skype). Le temps moyen des entretiens est de 30 minutes. Leur durée s'étale pour les MSU de 19 à 45 minutes (moyenne : 32 minutes), et de 21 à 29 minutes pour les internes (moyenne : 27 minutes).

Les données retranscrites ont été analysées parallèlement. Le recrutement a été stoppé dès lors qu'aucune nouvelle information n'était obtenue. L'analyse s'est ainsi poursuivie jusqu'à saturation des données, vérifiée lors d'un ultime entretien (34, 40). La lecture des deux derniers entretiens n'apportait ainsi plus de nouveaux éléments.

Tableau 3 : Caractéristiques des maîtres de stage

Les maîtres de stage										
Code entretien	Entretien	Genre	Age	Nb. Années d'installation	DMG de rattachement	Années expérience ECA	Expérience de la SODEV	Mode exercice	Nb. Moyen de consultations/jour	Statut universitaire
M1	n°1 *	H	57	28 ans	Bordeaux	7 ans	-	semi-rural	20 à 30	non
M2	n°4	H	44	15 ans	Poitiers	9 ans	+	semi-rural	25	oui
M3	n°5 *	F	33	5 ans	Bordeaux	2 ans	-	urbain	30	non
M4	n°6	H	61	30 ans	Bordeaux	15 ans	-	urbain	25	oui
M5	n°7	H	55	26 ans	Bordeaux	16 ans	-	urbain	20	oui
M6	n°9	F	36	8 ans	Bordeaux	3 ans	-	urbain	15 à 25	non
M7	n°10	H	47	18 ans	Clermont-Ferrand	15 ans	+	semi rural	25	oui
M8	n°13	H	48	17 ans	Poitiers	8 ans	+	urbain	25	oui

* cas déviant : pas de participation à l'enseignement en séminaire des compétences relationnelles et communicationnelles

Lecture du tableau :

- Colonne « Expérience de la SODEV » :

- + désignent les enseignants qui utilisent la SODEV dans leur enseignement.

M2 et M8 ont développés leur expérience dans le cadre de travaux de thèse en cours au début de mon travail. Six consultations étaient enregistrées au cours du semestre pour chacun des cinq internes inclus. L'analyse des vidéos est guidée par la grille de Calgary-Cambridge.

M7 utilise la SODEV depuis plusieurs années (plus de sept) en réalisant un enregistrement unique pour chaque interne.

- - désigne les enseignants qui n'ont aucune expérience pratique de la SODEV dans l'exercice de la maîtrise de stage.

- Colonne « Mode d'exercice » :

- Il est déterminé arbitrairement par les interlocuteurs eux-mêmes et est vérifié par la définition que fait l'Institut national de la statistique et des études économiques des espaces urbains de petite, moyenne ou grande taille (43).

Tableau 4 : Caractéristiques des internes.

Les internes							
Code entretien	Entretien	Genre	Age	Expérience	Région de formation	Nb. Consul-tations/jour	Expérience de la SODEV
I1	n°2	F	27	5 semestre	Aquitaine	10 à 15	-
I2	n°3	H	29	6 semestre	Poitou Charentes	25	+
I3	n°8	H	30	remplaçant	Auvergne	15 à 20	+
I4	n°11	F	28	4 semestre	Aquitaine	10 à 15	-
I5	n°12 *	F	29	remplaçant	Auvergne	15	+
* cas déviant : vidéo proposée mais refusée							

- Colonne « Expérience » :

Elle est exprimée en nombre de semestre réalisé au moment de l'entretien. Remplaçant désigne les médecins dont le DES est validé.

- Colonne « Expérience de la SODEV » :

- + désigne les internes à qui a été proposée au moins une séance de SODEV.

I2 a participé aux travaux de recherche menés par des doctorants de Poitiers. Six consultations ont été filmées.

I3 a bénéficié d'un enregistrement unique au cours du stage chez le praticien. Il a également suivi au cours d'un semestre passé aux États-Unis une formation dédiée à la communication avec réalisation de jeux de rôle filmés débouchant sur une validation des acquis également au cours d'un enregistrement vidéo.

I5 est recrutée comme « cas déviant » puis qu'ayant refusé l'enregistrement qui lui était proposé de réaliser.

- - désigne les internes qui n'ont aucune expérience de la SODEV.

2. RÉSULTATS QUALITATIFS

Considérant la population comme un ensemble unique, les sous-groupes ne sont pas distingués lorsque l'idée présentée est commune à l'ensemble des acteurs. Lorsque les opinions divergent ou qu'une idée est exprimée par une seule frange de la population cette dernière est clairement identifiée (MSU ou interne ayant ou non une expérience de la SODEV).

2.1. MECONNAISSANCE DE LA SODEV

2.1.1. UN OUTIL MÉCONNU PAR CEUX QUI NE L'UTILISENT PAS

L'utilisation de la vidéo comme outil de supervision de l'interne n'est pas connue des enseignants et des internes qui n'en n'ont pas l'expérience.

« Je n'en n'avais jamais entendu parler. » I1

« [...] les canadiens travaillent avec. Mais moi quand je ne connais pas, je ne pratique pas. » M5

Cela explique le peu d'utilisation d'un outil pourtant source d'intérêt.

« C'est intéressant, je serai curieux de discuter avec d'autres maîtres de stage voir ce qu'ils font et comment ils le font. » M3

L'utilité de l'outil pour la formation à la communication n'est pas toujours perçue. Les connaissances sont parfois liées à l'utilisation de la vidéo dans d'autres disciplines.

« [...] dans les médias genre journal de la santé que de plus en plus on trouve des formations avec des vidéos. Mais plutôt pour des gestes techniques par pour apprendre la communication. Ça je ne connais pas. » I1

Cette méconnaissance limite l'utilisation de la SODEV à quelques initiés. Les enseignants qui ont partagé l'expérience de ces derniers au cours de séminaires considèrent l'outil comme un luxe.

« Oui en fait en colloc sur Paris. En 2012 où j'ai fait connaissance avec des passionnés [...] C'est du luxe, aussi, le faire déjà pour moi en consultation alors que j'arrive déjà pas à tout faire, ... c'est du luxe. » M6

« En plus faut tout organiser, la mise au point technique, pédagogique,... faut tomber sur des passionnés. Mais ce n'est pas ça qui est bon. Non faut que ce soit tellement vulgarisé que presque tout le monde peut y accéder et se l'approprier sans être un passionné. » M4

2.1.2. UN OUTIL PARFOIS SOUS UTILISÉ OU MAL UTILISÉ

L'un des enseignants utilisant la SODEV avoue un usage pas toujours abouti. Autodidacte il est conscient des limites de son utilisation faute de maîtrise suffisante ou de formation.

« Plutôt autodidacte, la supervision vidéo.... je ne sais plus d'où je l'ai sorti. J'avais trouvé ça intéressant... C'est vrai aussi que je n'en fais pas beaucoup parce que ça ne m'apporte pas tant que ça. Je ne sais pas ce que je ferai d'autres consultations filmées. Mais c'est vrai que je l'utilise pour un truc très précis et que d'autres tirent sans doute beaucoup d'autres choses. Mais je ne sais pas faire. » M7

2.1.3. DU CÔTÉ DES PATIENTS FILMÉS, UNE VISION ERRONÉE

L'influence des médias pourrait jouer un rôle sur la perception qu'en ont les patients. Ceux qui y sont confrontés font part auprès des enseignants d'une vision biaisée.

« Souvent, ils pensent que c'est pour la télé au début. » M2

« Ils demandent parfois si ça va être : « Qu'est-ce qu'on en fait, à quoi ça sert ? » Et puis après souvent ils plaisantent un petit peu, « Ah bon, je vais passer à la télé ? »[...] donc ça leur semble je pense une expérience originale. » M7

En accord avec notre recherche préalable auprès des DMG, la SODEV reste un outil méconnu, réservé à quelques initiés et perçu comme un luxe par d'autres sans notion précise de son utilité et source de représentations biaisées.

L'analyse de leurs discours permet de faire le point sur les freins à son utilisation qui sont autant d'éléments à considérer pour faciliter l'usage de cet outil.

2.2. BESOIN DE FORMATION

2.2.1. UNE DEMANDE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

La nécessité de se former à la SODEV apparaît comme la pièce centrale de nos entretiens.

Les MSU n'en ayant pas l'expérience soulignent la nécessité d'une formation préalable.

*« Il faut je pense des enseignants plus formés à ça. Il y a une spécificité de formation et moi je ne suis pas formée. Alors on peut toujours entre guillemets s'amuser. On peut expérimenter les choses. Mais je ne sais pas s'il ne faut pas avoir un minimum de formation la dessus ».*M5

« Sûrement facilitant pour passer le pas. En tout cas si demain, il y avait une formation proposée et que je puisse y aller, je pense que j'irai. C'est sûrement le bagage qui me manque pour franchir le pas. Parce que je l'ai vu, j'y ai pensé donc ça m'y remettrait je verrai que c'est véritablement génial, qu'il y a des parades à tous les obstacles que j'ai imaginés. » M6

Cette nécessité n'est pas niée par les MSU qui utilisent la supervision vidéo.

« [...] pour diminuer l'appréhension des enseignants volontaires, il devra, il doit y avoir un minimum de formation et d'accompagnement. » M8

Les internes se projetant enseignants, perçoivent cette nécessité de formation pour le pédagogue. Ils sont conscients de la complexité de l'outil et du niveau de compétence à acquérir tant sur le plan pédagogique que de la communication.

« Mais j'aurai besoin de me préparer de me former, (silence) je pense que je le ferai si j'avais les techniques et tout ça. Voilà faut être honnête je ne pense pas avoir le bagage et je faisais bien la différence parmi mes maîtres de stage, entre ceux qui le faisaient bien et me l'enseignaient et l'autre. » I4

L'un des internes ayant une double expérience de la SODEV, en France et à l'étranger, souligne lui aussi cette nécessité pour fixer des objectifs de travail.

« C'est possible même en France mais ça nécessite quand même une formation préalable avec des buts très précis à examiner. » I3

2.2.2. UN CADRE NÉCESSAIRE

2.2.2.1 QUEL PROMOTEUR AVEC QUELS MOYENS ?

Cette formation amène les MSU à se poser des questions concernant son organisation à commencer par l'instance qui devra la promouvoir. Le DMG semble sollicité mais les moyens et le temps utile à un tel programme constituent un obstacle.

« L'intérêt du département de médecine générale s'ils ont le temps, parce qu'ils ont quand même beaucoup de choses à faire, c'est de fournir un cadre de travail. » M4

« Oui mais il y a tellement de choses à faire avec si peu de moyens. C'est véritablement misérable et à terme mettre en place de tel projet ça demande une énergie considérable » M4

Pour d'autres, le projet doit être soutenu par des instances et avec des moyens nationaux.

« Vous rendrez tout ça naturel mais ça demande des moyens et des moyens nationaux. » M4

« [...] la formation des maîtres de stage n'est pas uniquement dévolue au DMG. Il y a le CNGE et aussi une thèse qui peut énormément les intéresser. Mais cette tâche n'est pas dévolue au DMG. Le DMG fait des journées de formation, etc..., mais c'est toujours en collaboration avec le CNGE qui est lui-même porteur de projet de formation. Donc voilà je pense que le DMG prônera l'outil mais la formation passera par le collège. » M5

2.2.2.2 MOYENS HUMAINS

Le cadre souhaité de la formation est donc à définir. L'échange d'expérience est mis en valeur.

« Ce qui est nécessaire je pense c'est l'échange entre les enseignants, de partager. Il faudrait que des séminaires y soient consacrés. » M2

« [...] mes attentes évidemment voilà, c'est du fond, voilà je ne sais pas, mais partager l'expérience des organisateurs. » M6

Mais il faut pour le mener à bien un nombre suffisant de personnes prêtes à s'investir dans la durée pour promouvoir l'outil.

« [...] mais du coup il faut des enseignants intéressés avec du temps pour le promouvoir. » M5

Les MSU se posent également la question du coût à supporter considérant le budget alloué à leur développement professionnel continu (DPC).

« La limite elle est politique. Mais l'état ne fait rien au sein d'une profession en crise avec une formation continue mise à mal. » M4

Ces obstacles à l'avancement d'un tel projet peuvent conduire à une forme de désengagement de quelques enseignants, laissant la place aux générations nouvelles.

« [...] l'avenir et vous voudrez bien vous battre pour obtenir les moyens que nous n'avons pas eu. De tels projets c'est un investissement matériel minimum. » M4

L'objectif d'un programme sera alors d'établir des conditions favorables à la SODEV, prenant en compte l'ensemble des obstacles potentiels.

2.3. CONDITIONS NECESSAIRES À LA PRATIQUE DE LA SODEV

2.3.1. CONDITIONS MATÉRIELLES

2.3.1.1 LE LOCAL

Les MSU évoquent la nécessité d'une salle d'examen séparée, hors du champ de la caméra, pour le respect de l'intimité du patient.

« Il faut des locaux qui s'y prêtent. [...] je pense qu'il n'est pas souhaitable de filmer les examens et ne filmer que les entretiens, donc il ne faut pas avoir un (silence), il faut une salle d'examen et une salle d'entretien séparés. » M5

Dans un cabinet où la SODEV est expérimentée, c'est un bureau qui y est dédié. Mais cette disposition ne peut pas, faute de place, être généralisée dans la plupart des cabinets.

« [...] bien le matos déjà pour nous c'est un cabinet équipé en permanence, dédié. Déjà ça facilite les choses et puis ça marche. Mais ce n'est pas généralisable. Faut choisir un outil adapté à une disposition des cabinets médicaux classique à une ou deux pièces. » M8

2.3.1.2 CHOIX ET MAÎTRISE DE L'OUTIL

Le choix de l'outil est essentiel.

« Je pense qu'il y a beaucoup d'appréhension des maîtres de stages qui ont peur de l'outil vidéo, qui ont peut-être pas le matériel. » M7

La mise en œuvre de l'enregistrement doit être rapide et préparée en amont. L'interne et son patient ne doivent pas s'en préoccuper une fois la consultation débutée. La caméra doit donc être pré-positionnée à un endroit choisis et prête à fonctionner.

« Une caméra déportée, discrète et d'utilisation facile s'impose donc. De la sorte une fois démarrée l'interne comme le patient, n'ont plus à se préoccuper de l'enregistrement. » M2

« La caméra ne bouge pas pendant la consultation. L'idée c'est d'oublier sa présence donc de ne pas la manipuler une fois l'entretien débuté. ».M2

A ce titre, la taille du dispositif semble jouer un rôle afin de ne pas biaiser la scène filmée.

« Pour les patients je pense que la caméra se fait oublier facilement si elle est bien placée et qu'elle ne gêne pas la consultation. » M3

Mais le choix et la disposition de la caméra ne devront pas altérer la qualité de l'enregistrement de la piste audio, situation déjà vécu par certains utilisateurs.

« On n'entendait pas tout et de toute façon avec les blancs on accélérail » I2

La gestion de ce dispositif numérique peut effrayer un enseignant non utilisateur de la SODEV déjà en difficulté avec l'informatique.

« Je n'avais pas l'énergie ni le temps de mettre en place le matériel [...] faut avoir quelques qualités techniques, une patience que je n'ai pas [...]. C'est dommage que je sois limité. » M4

« Si ça fonctionne, que ça plante pas, ok. S'il faut se pencher dessus ce sera un trop grand frein. C'est même un facteur de stress quand mon logiciel ne marche pas. » M3

La diffusion de la SODEV passe par la mise à disposition d'un équipement simple d'utilisation avec un support technique.

2.3.1.3 COÛT DE L'ÉQUIPEMENT

Pour répondre à ce cahier des charges, le MSU doit s'équiper d'une caméra qui se veut discrète et simple d'utilisation.

« Toujours côté maître de stage, après le matériel qu'on avait qui bougeait pas et bien ils ont tous trouvé que c'était très simple d'utilisation. Mais ce n'est pas très bon marché ce qu'on avait. » M8

Le coût d'acquisition d'un tel matériel se pose d'autant plus que l'achat ne serait pas partagé avec les associés ou la faculté de rattachement.

« Ça coûte un peu ces petites caméras surtout si on a personne pour partager les frais. Parce qu'une petite go-pro c'est suffisant et même idéal. » M7

2.3.2. LA BONNE GESTION DES CONDITIONS DE RÉALISATION

2.3.2.1 LA GESTION DU TEMPS

Perception d'enseignants n'utilisant pas la SODEV

Le temps déjà évoqué pour la formation des MSU apparaît également comme une préoccupation concernant la séance de supervision. Une installation complexe déjà évoquée plus haut, aurait également comme inconvénient une mise en place chronophage qui apparaît comme rédhibitoire.

« Pour moi l'obstacle majeur c'est le temps, c'est chronophage surtout quand techniquement on ne sait pas se débrouiller très très bien. C'est ce côté technique qui me rebute. [...] techniquement pour moi en tout cas c'est chronophage pour l'organiser ou plutôt je l'imagine chronophage [...]. Après ça serait de la visionner et là c'est toute la préparation. » M4

Les enseignants n'utilisant pas la SODEV appréhendent la durée du débriefing supposé supérieure compte-tenu de l'importance du matériel mis à disposition. Le temps nécessaire pour l'analyse de ces données est susceptible de les repousser.

« Ça doit être plus lourd à faire sans doute aussi parce qu'il y a plus de rendu, qu'on voit plus de choses donc il faut le temps et les compétences de les exploiter. » M5

Vécu d'enseignants utilisant la SODEV

Ces préoccupations sont vérifiées par l'expérience de l'un des enseignants utilisant la SODEV. Cette contrainte temporelle fait obstacle à la multiplication des séances.

« Comme obstacle et c'est indéniable il faut que je prenne le temps de le faire parce que ça prend du temps quand même. C'est à dire et bien qu'il faut prévoir la consultation filmée. Alors c'est le temps d'une consultation normale mais il y a aussi le temps du briefing, le temps que l'interne voit le film et ensuite qu'on l'analyse à deux. Donc il faut prévoir pratiquement une heure. Faut supprimer une ou deux consultes derrière pour prévoir le visionnage d'abord l'interne seul et ensuite avec moi. [...] ça peut être un obstacle à en faire plus » M7

Temps et perte de revenus

La perte d'argent potentiellement engendrée est un autre aspect de l'investissement en temps des MSU. Un des internes aborde ainsi leur rémunération laquelle ne compenserait pas la diminution d'activité. Ce thème n'est pas abordé par les MSU.

« Faut avoir envie de se former et de prendre le temps avec l'interne et le temps c'est de l'argent. Quand on voit ce qu'ils gagnent pour nous recevoir... » I1

2.3.2.2 PRÉSENCE DE L'ENSEIGNANT ?

Sur le plan de la réalisation, l'un des enseignants utilisant la SODEV (M7) impose sa présence en tant que cameraman. Elle serait pourvoyeuse de stress pour l'interne qui subirait une forme de double supervision.

« Faut que la webcam soit déportée. Pour le coup je ne l'ai pas expérimenté mais ce serait un élément facilitant parce que c'est vrai que ça rajoute un stress supplémentaire d'avoir le médecin qui finalement est là en supervision directe en portant la caméra. » I3

Cette présence est également susceptible de modifier le contenu de la consultation, le patient cherchant du regard ou interpellant son médecin.

« Il avait dû recadrer une fois le patient, lui dire qu'il ne pouvait pas répondre et ne faisait que tenir la caméra. Mais ça serait mieux de pas avoir de tierce personne quelle qu'elle soit pour filmer. » I3

2.3.3. MAÎTRISE THÉORIQUE DE CETTE FORME DE SUPERVISION

2.3.3.1 CAPACITÉ POUR L'ENSEIGNANT À CONDUIRE LA SODEV

Exploiter le matériel obtenu nécessite un MSU formé à cet exercice. Le besoin de formation évoqué initialement regroupe alors une part technique mais aussi théorique. C'est une forme nouvelle de supervision dont le potentiel, bien perçu par les enseignants, souligne le besoin d'un bagage théorique suffisant.

« Ce dont je doute mais peut être provisoirement c'est de ma capacité à mener cette action pédagogique à son terme [...]. Je pense qu'il faut avoir une formation préalable il va falloir former tous les maîtres de stage. Bon je pense que la pratique et le bagage des enseignants existe mais je pense qu'il est assez disparate. Certains sont plus secs. » M5

2.3.3.2 UN OUTIL TROP COMPLEXE ?

Les MSU sans expérience de la SODEV redoutent de disposer d'un outil trop pointu. Il est d'autant plus redouté que le contenu pédagogique rendu accessible par la vidéo est important.

« Après on peut toujours aller plus loin dans la gestion de sa communication mais il faut savoir le faire. J'ai eu des maîtres de stage qui peuvent aller loin dans ce raisonnement mais ils sont très fort là-dedans, c'est leur dada. » M3

La crainte de se perdre dans une foule de détails au détriment de l'acquisition des compétences essentielles est exprimée par l'un d'eux.

« Au fond est-ce qu'on ne veut pas devenir très précis très pointu sur ce que l'on va dire à l'étudiant ? Et est-ce qu'il ne faut pas être prudent justement, faire attention à ce truc très précis ? Enfin moi je l'ai déjà fait ça en jeu de rôle filmé en formation. Donc tu dis des petites choses, regarde là t'as les pieds comme ça, t'es en avant sur la chaise,[...] tout est décrypté avec souvent beaucoup de justesse là-dedans. L'attitude corporelle elle dit des choses. Mais voilà c'est peut être, ça risque d'être détaillé. C'est un outil qui risque d'être manié difficilement, qui va induire une interrogation sur la position, les choses comme ça chez l'étudiant et qui va penser pendant toute sa consultation à comment je me présente. » M5

Un des MSU utilisateur de la SODEV concentre par exemple son attention sur un domaine précis de la communication.

« Je préférerais me concentrer sur deux trois choses très précises, [...], plutôt que de faire une supervision globale de la consultation [...] le langage non verbal notamment, voir d'autres choses. Mais c'est surtout ça qu'on peut voir. Et qu'on ne peut pas voir sans ça. On ne peut pas se voir consulter. Donc c'est surtout ça qui m'a paru intéressant. » M7

Le langage non-verbal est ainsi au centre de la démarche au risque d'éluder les autres composantes d'une bonne communication.

2.3.3.3 NÉCESSITÉ D'UN SUPPORT PÉDAGOGIQUE

L'absence de support pédagogique pour mener à bien la supervision serait préjudiciable. Pour ceux qui ont expérimenté la SODEV aidés de la grille de Calgary-Cambridge, ce support permet de structurer la supervision et pallie au défaut de formation du MSU.

« Les maîtres de stage aussi ont une appréhension importante parce qu'ils n'ont pas de formation à l'apprentissage à la relation. C'est à dire que j'ai une image mais maintenant qu'est-ce que j'en fais ? Mais donc tout de suite grâce à la grille il structure sa supervision. Et puis comme elle est remplie par l'interne, en contrepartie l'enseignant peut déjà rebondir là-dessus. » M8

2.3.3.4 PLACE DE L'AUTO-ÉVALUATION

La vidéo et son support pédagogique permettent à l'interne d'évaluer seul son travail. Un des biais possible de la supervision vidéo serait de laisser l'interne seul avec son auto évaluation sans véritable débriefing par un tiers.

« Je pense que je voyais avec lui de l'extérieur ma façon d'être et de faire la consultation. En fait c'était moi le maître de stage. Il me laissait faire son job. Alors j'étais comme lui capable de critiquer le travail. Quand on ne filme pas on ne fait pas ce travail soi-même. Il n'y a que le médecin qui dit ce qu'il en pense mais nous on ne peut pas juger notre travail enfin pas autant [...]. En fait le regard extérieur c'était plutôt le moyen qu'on a grâce à la vidéo pour progresser. J'avais des œillères avant et j'étais trop peu à l'aise en consultation pour le voir [...]. J'avais jamais vraiment réfléchi à ces choses-là avant les films. » I2

Un enseignant souligne la nécessité de conjuguer les deux points de vue pour mener à terme la séance.

« Pour le maître de stage aussi c'est rassurant pour structurer et donner du contenu. Par contre indispensable parce que ça ne marche pas sinon, surtout l'hétéro-évaluation doit être associée. Ne pas faire que de l'auto-évaluation. » M8

2.3.4. UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

2.3.4.1 AVEC L'INTERNE

Climat de confiance

Les internes ont besoin qu'un environnement favorable s'établisse avec leur MSU pour favoriser le recueil et l'analyse de l'image produite. La supervision vidéo impose d'établir un climat de confiance.

« Ce n'est pas ma relation avec E, qui était bien établie. Au contraire non, non, j'aurai eu confiance si je devais le faire plus avec elle qu'avec les deux autres praticiens. » I4

« Si devais faire une vidéo et même juste consulter, je préfère avec des enseignants avec qui je m'entends bien, (silence) il faut qu'il y soit de toute façon une forme de confiance. » I5

L'enseignant doit être en mesure d'établir un compagnonnage tout en maintenant une distance pédagogique.

« En fait, ça relève plus du dialogue avec un confrère qu'une notation, donc ça se passe bien [...] Après trois mois de stage on a un contact plus facile [...]. C'est aussi le Dr G qui était très porté sur ça. Du coup quand on est encadré c'est très formateur. » I2

Le succès de l'expérience repose sur la capacité du MSU à axer sa supervision sur un accompagnement formatif plutôt qu'une évaluation sanctionnante.

« C'est pas pour la mettre en difficulté. C'est fait pour progresser. Je lui ai expliqué quel était l'intérêt du truc. » M7

Mais de leur côté les MSU ne perçoivent pas toujours la façon dont est perçue leur supervision par l'interne et ils peinent parfois à établir un lien pédagogique.

« J'ai parfois des difficultés à faire (silence), disons se livrer l'interne. Alors est-ce que c'est lui qui de toute façon n'en a pas envie ou est-ce que je ne parviens pas à

le faire s'exprimer. Je ne pense pas paraître trop sévère ou rigoureux pourtant, mais bon c'est comme ça, parfois ça passe pas [...] » M1

Information et consentement

Le recueil du consentement de l'interne est incontournable

« Mais il m'a pas forcé non plus. Il m'a bien demandé si j'étais OK. Je ne pense pas qu'il m'aurait forcé. » I2

« [...] mais je m'imposerai pas, jamais. » M6

L'information de l'interne en amont de la SODEV est un facteur d'acceptation à ne pas négliger.

« J'étais déjà au courant. » I2

« Pour les internes il me semble que la manière de présenter est aussi importante. Mettre en valeur que c'est un outil génial... » M6

Le manque de repère pour l'interne concernant l'outil peut ainsi constituer un obstacle. Ils expriment l'intérêt d'observer au préalable un enregistrement ou mieux que le MSU lui-même se prête au jeu.

« Si déjà on voyait des vidéos en cours de DES, des médecins qui consultent, ce serait peut-être une pratique un peu plus courante. Ou même on peut voir nos maîtres de stage se filmer eux même. Dans ce cas-là ça serait peut-être plus facile pour nous de le faire. J'aurai peut-être moins le sentiment tu vois d'être jeté dans la gueule du loup (silence). Parce que déjà travailler devant quelqu'un c'est difficile mais en plus être filmé (silence). On en voit déjà pas alors ça pourrait être bien qu'on les voit avant se filmer et travailler la vidéo. » I4

Usage de la SODEV dans le temps du stage

Concernant la place de la SODEV, la proposer en début de stage pourrait être plus difficile pour l'interne. Pour ne pas cumuler découverte de l'exercice ambulatoire, du travail au côté de son MSU et de la SODEV, les internes expriment le souhait d'éviter l'enregistrement en début de semestre.

« Après trois mois de stage on a un contact plus facile. » I2

2.3.4.2 AVEC LES PATIENTS

Le choix du patient

La première étape est celle du choix du patient. Il semble préférable que cette tâche incombe au MSU pour éviter de majorer la charge de l'interne. D'autant que ce dernier peut ne pas être à l'aise dans sa requête.

« Je me souviens je n'avais pas envie dès le début de demander au patient s'il était d'accord pour être filmé. Et puis j'avais peur de perdre du temps en explications. C'est comme pour demander l'argent en fin de consultation je n'étais pas à l'aise au début. Je suis comme ça j'ai l'impression que c'est à moi de donner quelque chose pas au patient et là je lui demande son accord. » I2

L'enseignant doit être présent et assurer à l'interne une consultation sans difficulté médicale ou relationnelle prévisible. L'étudiant est en demande de réassurance, souhaitant une consultation à sa portée.

« Je choisis aussi en général les patients qui viennent plutôt pour des renouvellements d'ordonnances. Donc des patients que je connais bien, qui sont plutôt sympas, pas opposants et qui ne soient pas compliqués. » M2

« [...] tout pour que l'interne ne soit pas forcément en difficulté dans ces consultations-là. L'objectif c'est qu'il se voit dans une consultation standard, non compliquée. » M7

« [...] le fait de se préparer de se sentir plus compétent ça doit pouvoir diminuer le stress. Et encore parce que ça dépend du patient qui nous tombe dessus. Je serai encore plus inquiète si je devais recevoir un patient (silence) je ne sais pas, énervé ou avec plein de petits problèmes qui prennent du temps ou quelque chose que je ne sais pas faire. » I5

Le choix d'un patient non habitué à la présence de l'interne serait par exemple un écueil.

« Je leur dit que c'est l'interne qui fait la consultation. Le plus souvent je prends des patients qu'ils ont déjà vu une fois ou deux et qui sont faciles entre guillemets. » M2

L'information du patient

Le maître de stage est donc en charge de l'information du patient. Sa forme et son contenu devraient être définis en amont pour éviter une information incomplète source d'incompréhension.

« Je lui dis bien [...] à visée pédagogique que pour l'interne qui va l'examiner que ce serait intéressant de faire une consultation vidéo-filmée. Euh (silence) Ça permet qu'il puisse analyser sa pratique et du coup est-ce que vous acceptez que l'on puisse filmer la consultation. » M7

L'intérêt pédagogique doit être mis en exergue sans pour autant influencer l'attitude du patient.

« Par contre pour ne pas fausser la consultation je dis pas que je travaille sur les gestes et la façon de communiquer [...] » M2

L'intimité physique

Le respect de l'intimité physique doit être garanti. La possibilité de filmer l'examen clinique est évoquée par un interne. Cette question doit être clarifiée et le patient informé.

« De l'accueil du patient idéalement dans la salle d'attente jusqu'à la poignée de main à la fin [...] Après l'examen je sais pas. Dans l'idéal quitte à débriefer le truc autant que ça y soit. Je dirai oui car ça peut être gênant l'examen clinique. Du coup si le patient est d'accord ça peut être intéressant. La façon dont on leur demande de se déshabiller, la façon dont ils comprennent les questions, comment ils se comportent. C'est hyper... ce n'est pas facile à gérer quand le patient se déshabille pas de lui-même. Et de voir comment on le gère ça peut être intéressant. Si c'est possible je filmerai tout. » I4

Ceux qui pratiquent la supervision excluent tous l'examen physique du champ de la caméra.

« C'est ce que je leur dit en proposant l'enregistrement, alors tous les sons sont enregistrés mais que la table d'examen reste hors champs. » M2

« Je précise toujours que l'examen clinique quand il sera déshabillé ne sera pas filmé. » M7

Secret médical et devenir de l'enregistrement

Le devenir de l'enregistrement est à préciser. La suppression de la vidéo en fin de supervision apparaît la solution la plus simple pour garantir le secret médical pour ceux qui pratiquent la SODEV comme ceux qui l'anticipent.

« On ne les conserve pas. On filme, on débriefe puis on supprime le film. » M1

« Je leur dis systématiquement que l'enregistrement va être visionné par l'interne et qu'après il sera détruit. » M7

La difficulté réside dans la manière de garantir au patient qu'aucune trace ne persiste de cet enregistrement.

« Il y a le problème de la trace. Est-ce que les patients vont être adhérents ou non sachant que même si on leur garantit que cette trace va être effacée je ne sais pas.... il y a l'adhésion des patients... L'obstacle c'est la trace. L'existence d'une trace même labile alors que ça n'est pas habituel [...] » M5

« [...] la vidéo ne sera vue que par l'interne et moi pour discuter de l'entretien et qu'elle est supprimée le jour même sans aucune sauvegarde. Après peut être qu'un génie de l'informatique la retrouverait, j'en sais rien mais je vide ma corbeille. » M2

La question est d'autant plus importante à poser que certains imaginent conserver les enregistrements pour des rediffusions soit en stage pour apprécier une progression soit en groupe comme les cours de DES pour servir de support. Il est même évoqué la possibilité d'intégrer ce format au portfolio.

« Oui comme ça on peut noter la progression ou bien travailler sur d'autres choses. Et à la fin du semestre on supprime tout. Ou alors l'interne les garde ou certains passages comme un portfolio vidéo. Ça peut être une autre forme de trace d'apprentissage. » I1

Recueil du consentement

Une fois le patient informé, il faut recueillir son consentement.

« Non les patients je pense que ce n'est pas limitant. S'ils ne veulent, ils ne veulent pas mais il y en a toujours qui accepteront. » M4

Il ne s'agit pas d'imposer aux patients même implicitement une consultation filmée.

« Ils n'osent pas me dire non (rire). C'est un peu comme un cadeau de leur part, ils nous donnent quelque chose. Ça change des chocolats. » M2

Le mode de recueil du consentement est également à clarifier.

« Je suppose qu'il faut demander d'abord l'accord du patient, peut-être par écrit. » I1

« Éthiquement, prévenir le patient. Demander leur accord verbal, accord écrit, je ne sais pas ce que dit (silence), je suppose qu'il y a des lois, que je ne connais pas. Il faut peut-être faire la déclaration au CNIL de ce genre de chose. Je ne sais pas s'il faut ou s'il ne faut pas faire une déclaration. Faut regarder ce problème-là [...] » M5

Le cadre légal semble mal connu par les MSU. Parmi ceux qui filment, certains ne s'en préoccupent pas alors que d'autres dans un cadre expérimental ont été confrontés à des obstacles importants.

« J'avoue ne pas m'être posé la question disons légale de ces films. » M7

« On a un formulaire type qui est validé par le conseil de l'ordre et que le patient signe au début. On a leur accord pour être filmé pendant la consultation. Mais faut pas se faire peur avec l'ordre. On a eu un cadre très difficile à cause d'eux dans le cadre de notre étude. Mais quand j'ai présenté le poster au congrès beaucoup ont été un peu estomaqués des difficultés qu'ils nous ont faites, des lourdeurs de l'ordre de chez nous. Sans le travail expérimental, avec des Go Pros c'est certainement beaucoup plus simple. D'ailleurs les gens qui filment n'en parlent certainement pas à l'ordre. » M8

2.3.5 PRISE EN COMPTE DE LA PERSONNALITÉ DES ACTEURS

2.3.5.1 L'INTERNE

Personnalité

La personnalité de l'interne peut constituer un obstacle quel que soit la façon de présenter l'outil. Les MSU en ont conscience et la situation de l'interne ayant refusée la SODEV (I5) l'illustre.

« Évidemment c'est la vidéo, ils peuvent dire non mais il me semble que c'est plus la personnalité des gens qui joue que la présentation. Ça touche quand même à des problématiques personnelles. » M6

« Il faut qu'il y ait de toute façon une forme de confiance. Mais pour moi ça suffisait pas on dirait. Le problème pour moi il n'est pas là. Je bloquais avec la vidéo. C'est comme ça et me forcer ça n'aurait pas été intéressant. » I5

Intérêt porté à la communication

Le manque d'intérêt de l'interne sur l'apprentissage de la communication peut constituer un obstacle.

« C'est aussi très interne dépendant. Je pense qu'ils y en a qui s'en foutent totalement de la communication et d'autres qui veulent progresser. » I4

Une telle situation augmente la difficulté de la supervision de l'enseignant.

« Ils n'ont pas tous la même sensibilité pour la relation [...].Parfois j'ai un interne qui relève beaucoup de choses dans la vidéo sur son échange avec le patient. Et j'en ai d'autres c'est moins facile, ils restent bloqués sur le contenu biomédical. C'est moins intéressant [...] » M2

L'adhésion à la supervision vidéo serait donc fortement influencée par l'intérêt pour la communication. Un étudiant désintéressé percevrait la SODEV comme une nouvelle contrainte.

« [...] comme quand on vous donne des devoirs, on s'en passerait bien. C'est mon côté petit élève. » I2

Un des internes interrogé, formé à la communication aidée de la SODEV lors d'un semestre à l'étranger, souligne l'importance de sensibiliser les étudiants à cet enseignement.

« Alors j'avais déjà pris conscience de ce que ça peut apporter. Et quand on me l'a proposé j'avais envie de le refaire parce que c'est toujours intéressant pour explorer son propos son attitude (silence) Oui en effet. J'en voyais déjà l'intérêt. Je n'avais pas besoin d'être convaincu. » I3

Notion de compétence

Les internes considèrent leurs compétences en communication comme faibles. Ils perçoivent les différences de niveau de compétences qui existent entre eux et sont conscients des lacunes.

« Je suppose qu'il y a tout à faire. (Silence) Que ce soit en cours, en stage, (silence). On en entend parler de plus en plus dans les articles mais à la fac on ne fait pas grand-chose là-dessus. Sauf pendant les cours aussi de médecine générale mais ce n'est pas très formalisé. Enfin je veux dire qu'on échange sur des situations rencontrées mais ce n'est pas un vrai cours et puis ce n'est pas individualisé. C'est un peu des généralités. Alors qu'on est tous différents dans la façon de recevoir ou de parler aux patients. En stage avec les co-internes on se rend bien compte qu'on n'a pas tous les mêmes compétences pour écouter un patient. » I5

L'expérience de l'interne est un autre écueil potentiel. Un interne en début de cursus peut être réticent et refuser de s'exposer à cette supervision par crainte de ne pas être à la hauteur.

« Je pense que c'était peut-être trop tôt dans ma formation, mon propre ressenti. » I4

« Déjà avec le temps. Peut-être que c'était trop rapide pour moi. Je me sentais pas du tout à l'aise ou prête en fait. Déjà maintenant avec les remplacements je me sens plus (silence) mieux armée pour travailler ma consultation. En fait j'ai l'impression qu'on arrive en stage chez le praticien et on découvre comment gérer sa consultation et tout de suite on nous demande de progresser, de faire une vidéo. » I5

L'image de soi et sa diffusion

Pour les internes filmés, l'image qu'offre la vidéo est un élément nouveau, marquant et même redouté au point d'empêcher la SODEV.

« C'est marquant quand même de se voir. Et puis c'est nous qui nous regardons donc en s'en souvient bien de nos erreurs. » I2

« [...] certainement que ça doit être une vraie prise de conscience de se voir. Mais ça me fait peur et pas du tout envie. (silence) Sans doute que je suis passé à côté de la seule occasion de le faire. C'est dommage » I5

« Oui forcément oui. C'est un peu stressant. Forcément on va être confronté à notre voix, notre physique. Donc on a forcément un petit peu peur de la façon de

réagir [...] Peur aussi d'être ridicule. Devant l'œil de la caméra, le patient, l'enseignant. » I3

Les MSU doivent accompagner l'interne dans son acceptation de la caméra.

« Alors je les rassure « ce n'est pas grave, ce n'est pas grave, au début tu penseras à la caméra et après tu verras quand tu seras concentré sur ta consultation t'y penseras plus. » M7

Les MSU prennent en compte la souffrance qui peut naître de cette supervision filmée à laquelle l'interne pourrait alors se soustraire. Mais il n'y a pas de confusion avec la supervision classique.

« L'interne, c'est un jeune en formation mais qui a un ressenti et qui peut souffrir de se voir [...] qu'il souffre de l'évaluation n'est pas gênant pour moi. Mais qu'il souffre de se voir filmé je le prends en compte. Par contre qu'il souffre de l'évaluation non. C'est la règle il est interne il est là pour être évalué. Ça c'est le cadre pédagogique. Donc si ça ne lui plaît pas il ne fait pas le DES. » M4

La séance ne peut ainsi avoir lieu qu'après acceptation par l'interne de l'enregistrement.

« Il y a aussi acceptation de leur image et de leur comportement qui permet une diminution de l'appréhension [...] » M8

Anxiété de performance

Outre l'appréhension de l'image de soi renvoyée par la vidéo, les internes filmés expriment une véritable anxiété de performance, plus encore qu'avec une supervision classique. Cela va jusqu'à l'envie de prouver ses capacités à l'enseignant, biaisant possiblement le contenu de la consultation.

« [...] qu'on a envie de plaire et de bien faire ou surtout sur la vidéo de montrer qu'on bosse bien et qu'il peut continuer à nous laisser ses patient. Donc ça fait monter la pression » I2

« Donc on a peur de pas être tout à fait... perdre nos capacités habituelles de consultation. Donc oui forcément un petit peu d'angoisse mais ce n'est pas quelque chose de facile.... probablement ça biaise un peu. On a envie du coup de s'appliquer.....On se rendait compte que l'interrogatoire était bien plus long probablement que d'habitude. C'est sûr qu'il a l'envie de bien faire devant son

maître de stage, probablement encore mieux. Donc oui y a un certain biais. On veut prouver quelque chose. » I3

Spontanément les internes auraient tendance à réaliser une autocritique négative. C'est une source possible de difficulté pour le MSU dans sa supervision.

« L'interne est presque toujours à chercher les mauvaises choses parfois sur le contenu médical, biologique de la consultation. Ce n'est pas souvent qu'ils se font des éloges. On reste dans cette idée qu'on cherche ce qui est mal et ce n'est pas évident de vous sortir ça de la tête. » M2

Évaluation formative ou validante

Pour le MSU l'outil vidéo est un moyen potentiel d'évaluation des compétences.

« [...] la formation et l'évaluation des pratiques qui sont confondues. Donc on peut avoir un outil à la fois formatif et évaluatif. Bien sûr. » M4

De leur côté les étudiants redoutent d'être jugés. Une évaluation validante serait un obstacle à l'acceptation de l'interne.

« [...] la discussion ça se passait bien à chaque fois, ce n'était pas une validation c'était plus quelque chose de constructif. » I2

« [...] je pense que je ne me sentais pas (silence). J'aurai eu peur de me sentir jugé. » I4

« Pas forcément une notation. Sinon on va pas vouloir faire de vidéo. » I1

L'évaluation à partir du support vidéo apparaît en effet plus marquante, l'interne se sentant plus exposé aux critiques de son senior.

« Et bien être soumis aux critiques positives ou négatives. Mais là plus encore avec la vidéo qu'avec la supervision classique je pense. Oui la vidéo ça a un côté définitif, tu peux le voir, le revoir. Le quart d'heure que tu fais avec le maître de stage, une fois que c'est fini c'est passé. Tu auras ton souvenir qui est désagréable ou non, le praticien le sien, différent, mais après on oublie La vidéo (silence) c'est ça, c'est plus définitif. Mais ça peut être bien aussi, ça marque plus. Je ne sais pas si là j'apprécierai de me voir en consultation filmée. » I4

On observe chez certains internes des conduites d'évitement face à la supervision classique. Elles seraient certainement majorées par la vidéo.

« Mais pendant le stage pratique et même avant je redoutais de devoir travailler devant un autre médecin. Ça n'a pas été facile du tout pour moi. Ça m'a paru très long. Je n'avais pas envie en fait et j'ai même essayé d'organiser mes stages hors prat en début de semestre pour faire moins de jours et passer plus vite en consultation seule. Ça n'a pas vraiment été possible (rires) » I5

Superviseur extérieur au stage ou utilisation en groupe

Quant à envisager une supervision vidéo avec un enseignant autre que le maître de stage habituel lequel n'utiliserait pas la SODEV, les réactions de défense sont plus importantes.

« Je n'aimerais pas que d'autres profs qui me connaissent pas, voient mes consultations pour les noter. C'est comme passer le portfolio c'est stressant parce qu'on ne connaît pas les enseignants qui nous évaluent. » I1

Au même titre, il existe une crainte quant à la possible utilisation d'un enregistrement vidéo dans une séance de formation en groupe.

« Je ne sais pas, peut-être en cours de DES, mais faut être armé avant. Ça me paraît très compliqué quand même. Faut être confiant. » I4

« C'est plus dur devant d'autres internes » I2

Libre choix de l'interne

Au final il est toujours possible pour des raisons personnelles que l'interne se soustrait à la SODEV.

« C'est quelque chose que je redoutais. Et en fait quand il me l'a proposé je n'ai pas voulu le faire (silence) J'avais trop peur, oui. Il a bien essayé à plusieurs reprises mais vraiment ça me paraissait impossible. Je ne me sentais pas capable de me voir filmée pendant une consultation. » I5

Les maîtres de stage dans leur ensemble respectent ce choix conscient des mécanismes intimes qui sont en jeu. Il s'agit d'être prudent dans la présentation de l'outil, sans chercher à l'imposer.

« Il y en a une qui a toujours refusé, j'ai jamais pu la convaincre [...] c'était un truc « chelou » ; (silence) Elle devait y voir un côté voyeur, pervers de ma part (rire). Je n'ai pas insisté. » M2

« D'abord, il n'est pas question de le faire avec un interne qui s'y opposerait [...]. Une contrainte psychologique oui. Il n'a pas forcément envie de se faire filmer. Et ça c'est très important (silence). Mais je pense que l'interne peut ne pas aimer être filmé. Malgré tout c'est son ressenti, je le laisse avec son ressenti. Mais c'est sa seule limite, (silence) qu'on peut ne pas aimer être filmé et se regarder faire quelque chose. Et ça peut vraiment gêner la personne. Sauf blocage personnel de l'un des deux (silence) l'interne même si c'est par défense ou déni de l'élève, c'est tellement personnel que ça me semble important l'avis de l'homme. » M4

« [...] c'est un atout pédagogique mais en même temps ça fait appel au sujet. Tu vois le regard de l'autre, son propre regard, c'est très déstabilisant. Donc c'est vrai que jamais j'imposerai à un interne d'être filmé si c'est quelque chose qu'il ne souhaite pas travailler (silence), ça reste exposant. Faut être prudent. Même sans vidéo, avec tout ce que ça implique le stage ça remue, ça peut être violent. » M6

2.3.5.2 L'ENSEIGNANT

Notion de compétence

Si l'interne semble être la personne la plus exposée dans cette aventure, les MSU expriment également des craintes.

Au centre de leurs préoccupations, ils expriment leurs insuffisances à enseigner les habiletés communicationnelles.

« Il faut je pense des enseignants plus formés à ça. Il y a une spécificité de formation et moi je ne suis pas formée. Alors après on peut toujours entre guillemets s'amuser. On peut expérimenter les choses. Mais je ne sais pas s'il ne faut pas avoir un minimum de formation là-dessus. » M5

Le manque de confiance dans ses capacités à mener à terme ce projet pédagogique est un obstacle majeur.

« [...] certains maîtres de stage très compétents qui voient rapidement les choses comme une vidéo extérieure. Moi j'ai du mal à prendre ce recul et je ne pense pas avoir cette analyse pertinente. » M3

L'exposition de l'enseignant est d'autant plus sensible qu'il se prêterait au jeu d'une séance vidéo démonstrative.

« [...] dans l'idée ensuite de faire de la supervision filmée leur montrer des vidéos de moi [...] » M7

« [...] Et ça facilitera le passage pour l'interne. Il faut toujours commencer par soi. C'est évident qu'à partir du moment où l'on critique l'interne il faut d'abord avoir fait un travail qui permet de nous critiquer nous-même. » M4

« Je ne peux pas leur demander sans l'avoir essayé moi-même. » M6

Les MSU sont alors confrontés à leurs propres craintes. L'un des enseignants, filmé lors d'un jeu de rôle en séminaire, exprime un sentiment proche de celui des internes.

« [...] on devait être filmé et au début ça m'avait paru intolérable. » M6

Influence de l'âge

L'âge des MSU serait un élément limitant. Les jeunes enseignants craignent de ne pas avoir les moyens et l'expérience pour manier cet outil.

« Je suis un jeune praticien. J'ai peu de recul et il me faudrait être accompagnée ou formée à la supervision. J'ai peu d'idées sur la conduite des entretiens. » M3

Quant aux praticiens en fin de carrière, ils préfèrent laisser la place aux générations suivantes. Des compétences informatiques moindres et un retour sur investissement dans le temps moins important seraient les facteurs explicatifs.

« Il faut se motiver quand on envisage la fin de carrière. Donc pas évident. » M1

« [...] mais on a une jeune génération d'enseignants. Il faut un appel d'air, c'est vous l'avenir et vous voudrez bien vous battre pour obtenir les moyens que nous n'avons pas eus. » M4

« Vu l'âge moyen des enseignants, leur capacité technique, informatique » M5

Une des difficultés serait de trouver des MSU volontaires et d'autres plus expérimentés disposant du temps et de la motivation pour promouvoir l'outil.

« Je suis tout à fait optimiste par rapport à ça. Il y aura des gens moins vieux et moins rigides que moi pour s'en occuper. [...] Tout est réglable à condition d'avoir une volonté que je n'ai pas ou plus et ce n'est pas bien. » M4

Intérêt pour la communication et son apprentissage

La mise en place de la SODEV suppose que des référents disposent à la fois du temps et des compétences pour assurer la formation de leurs confrères. La participation des MSU dépendra de leur intérêt pour l'outil et le domaine de la communication. Cette charge qui incombe à l'enseignant de se former, d'aménager et de réaliser une supervision vidéo implique une importante motivation.

« De toute façon ce sera sur le modèle du volontariat d'abord avec des personnes intéressées forcément, plutôt expérimentées [...] » M8

« [...] c'est peut-être réalisable sur quelques consultations, égrenées tout au long du stage avec des formateurs formés et du temps pour ça. Il faut des enseignants formés mais du coup il faut des enseignants intéressés pour le promouvoir. » M5

« Il ne faut pas beaucoup de consultations filmées pour que ce soit intéressant mais ce peu imaginairement c'est beaucoup à mettre en place pour moi. » M4

L'auto-évaluation et la place de l'enseignant

Un risque perçu par les enseignants utilisant la SODEV serait de voir les pratiques d'auto-évaluation par l'interne permises par l'outil vidéo prendre la place du rôle de pédagogue du MSU. L'affaiblissement de l'hétéro-évaluation serait source de désintérêt pour l'enseignant rendu simple spectateur.

« [...] selon l'interne si il va loin dans son analyse ou pas, c'est surtout lui qui parle donc c'est lui qui fait l'horaire. » M2

« Éventuellement je fais des remarques supplémentaires quand je visionne et puis on discute. Mais en général je n'ai pas grand-chose à rajouter. Ils ont déjà vu le principal. Je fais deux trois remarques supplémentaires. » M7

C'est d'autant plus important que l'un des MSU utilisant la SODEV ne trouve pas dans la supervision vidéo d'intérêt nouveau concernant sa pratique d'enseignant.

« Je pense que c'est surtout l'interne qui en tire (silence). En voyant la vidéo par rapport à en voyant la consultation en direct je trouve que je n'ai pas d'apport supplémentaire. Je trouve que quand je fais de la supervision directe sans vidéo je note tout ce que j'ai envie de dire à l'interne. Et là finalement en revoyant la consultation je n'ai pas tellement d'éléments supplémentaires qui m'apparaissent à moi. Moi pour ma supervision personnelle je trouve que ce n'est pas très performant. » M7

Manque de retour de la part des internes

Les MSU regrettent le manque de retour de la part des internes. Ce feed-back serait pourtant moteur de progression et source de satisfaction. Le succès d'une technique passe par là.

« Mais c'est un échange aussi avec les internes, on a trop peu de retour des internes. » M2

Finalement les principales problématiques auxquelles sont exposés les participants à la SODEV sont bien résumées par le dernier MSU interrogé.

« Au final il y a une grande appréhension des internes, une grande méconnaissance de ce qu'ils doivent faire de la vidéo, une méconnaissance de l'auto-évaluation pourtant pertinente et positive quelle que soit sa forme mais mieux si elle est structurée. Mais pour les maîtres de stage c'est un grand défaut de formation, de ce qu'ils vont faire des images, du retour qu'ils vont faire à l'interne et comment pour qu'il en tire un bénéfice. » M8

2.4. UNE PERCEPTION FAVORABLE DE LA SODEV

Interroger les internes et leurs enseignants sur les freins à la SODEV a été l'occasion de recueillir une opinion globalement favorable. En effet, une fois les obstacles abordés, la population interrogée considère dans son ensemble cette forme de supervision de manière positive. La supervision vidéo serait à la fois accessible, acceptable et source de satisfaction pour l'ensemble des acteurs.

2.4.1. UN OUTIL ACCEPTABLE

Du côté des internes, la prise en compte de leur appréhension et l'installation d'un climat favorable favorisent leur participation à la SODEV. Certains même y voient une forme de supervision directe libérée de la présence physique du MSU. L'apport pédagogique est également source de motivation.

« [...] je pense que j'aurai accepté de me prêter au jeu. Je pense que j'aurai accepté. Si c'est constructif et tout derrière. » I4

« [...] pour moi c'était pas différent qu'après une consultation avec lui à côté sauf que là pendant la consultation je sentais pas sa présence. Pas l'impression que ma consulte est analysée en live, c'est sûr que je préfère voir la vidéo avec lui que l'avoir dans mon champ de vision, muet pendant la consultation. (Silence) Oui c'était le plus difficile pour moi les consultations avec lui. En fait là, les consultations filmées même si j'en ai fait que trois c'était plus facile je viens de le dire à supporter. » I2

Conscients de leurs lacunes dans leur communication professionnelle, ils perçoivent à travers la supervision vidéo la possibilité de progresser en utilisant un outil performant.

« Mais non j'aurais aimé avoir plus de formation et le truc de la vidéo ça m'aurait bien plus maintenant a posteriori. Mais cette part de la médecine c'était une découverte finalement en stage (silence). En fait je me rends bien compte que j'ai plein de chose à apprendre, je n'ai fait qu'en effleurer pendant le stage et si on me proposait de me superviser à nouveau je le ferai et peut être encore plus avec la vidéo. » I4

Les MSU qui proposent la SODEV sont plutôt rassurants quant à l'acceptation par les internes.

« [...] au final sur une quinzaine de films donc d'internes j'ai eu un seul refus. » M7

Ils ne semblent pas avoir non plus rencontré de difficultés quant à la participation des patients.

« [...] les patients. Alors je n'ai pas eu de refus. » M7

« Les patients complètement. Je sais plus, mais sur un très grand nombre d'enregistrements on a eu que trois refus sur plus d'un an... De toute façon, autrement avec les patients il n'y a aucun problème. Au contraire ils sont contents de participer à la formation des étudiants. » M8

2.4.2. UN OUTIL ACCESSIBLE

Les enseignants voient en la SODEV un outil à la fois disponible et accessible techniquement sans occulter les préoccupations techniques énumérées plus haut.

« [...] un outil que nous avons à notre disposition et il serait dommage de s'en priver, c'est bien qu'il est à notre disposition, c'est très simple maintenant. » M1

2.4.3. SATISFACTION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

2.4.3.1 L'ENSEIGNANT PÉDAGOGUE

Pour les MSU, la SODEV est un outil supplémentaire qui leur donne la possibilité de diversifier leur enseignement et d'améliorer leur démarche pédagogique.

« Ça enrichit le semestre chez le praticien [...]. C'est comme ça qu'on peut progresser dans notre façon d'enseigner. » M2

Avec la SODEV, certains adoptent spontanément des postures pédagogiques efficaces. Lors d'une mise en place expérimentale la stratégie de rétroaction utilisée par les MSU correspondait à celle de l'« Agenda-led, outcome-based, analysis » (ALOPA), prônée outre atlantique pour l'apprentissage de la communication.

« [...] l'enseignant était content et on s'est rendu compte que spontanément ils ont adopté une démarche pédagogique très proche de l'ALOPA. C'est une technique pédagogique, je sais pas si tu connais, qui est extrêmement pertinente. Chez les québécois c'est quelque chose qu'ont les tuteurs, d'un peu formel, une préparation pour devenir compétent dans ce domaine de l'enseignement. Et donc les grandes lignes de l'ALOPA c'est qu'on s'est retrouvés avec des enseignants qui sans aucune formation à la SODEV adoptaient les grandes lignes pédagogiques qui sont a priori les meilleures techniques d'apprentissage de la communication. » M8

La SODEV permet de diminuer la part de subjectivité à l'œuvre dans la supervision classique où les internes redoutent la critique du MSU sans bénéficier du recul sur leur consultation. Avec l'image et un support d'analyse, ils sont invités dans une démarche pédagogique. Ils participent à leurs évaluations, aux choix d'objectifs d'enseignement et à la résolution des difficultés rencontrées.

« Là aujourd'hui il n'y a que mon point de vue alors qu'avec la vidéo l'interne il va se voir. » M6

« La différence c'est une plus grande objectivité avec une part égale d'auto évaluation. La vidéo permettrait là de les formaliser et de les noter vraiment au fil de l'eau. Avec un film et sa grille on va tout scanner. Ce sera plus exhaustif et moins subjectif. Plus méthodique aussi ouvrant l'amélioration de la formation en particulier de la relation. » M4

La facilité pour choisir, traiter et suivre des objectifs d'apprentissages, constitue ainsi une aide supplémentaire pour le MSU qui applique une démarche didactico-expérientielle.

« On peut plus facilement à partir d'une constatation filmée introduire des objectifs et les vérifier. On peut très bien lors de l'entretien d'explicitation au débriefing montrer qu'il manque quelque chose, proposer à l'interne de l'observer chez nous et ensuite de le mettre en pratique. On aura une vision dynamique des choses. » M4

« On attend de l'interne qu'il fasse une propre évaluation de sa consultation pour ensuite faire un travail pédagogique sur certaines choses de la consultation, lui proposer des pistes, donner des sources en fonction des problèmes rencontrés. Pour moi le truc génial c'est ça, qu'il puisse voir les choses, les constater, et être guidé pour les modifier ensuite. » M6

Les MSU se félicitent de pouvoir conjuguer l'auto-évaluation à l'hétéro-évaluation au cours de leur supervision. Cette étape nouvelle permise par la rediffusion est le point de départ du travail du superviseur, rendu plus efficace et mieux ciblé sur les besoins de l'interne. Les MSU rappellent l'intérêt de coupler une grille de lecture à la vidéo et la nécessité de prendre en compte l'appréhension de l'interne.

« Parce que l'auto-évaluation est déjà une étape. Une étape qui n'existait pas avant dans la supervision habituelle [...]. Quand tu as un bagage vidéo avec une auto évaluation préalable, l'apport est net. Et l'association avec la grille de Calgary avant l'hétéro-évaluation avec le maître de stage permet une séance beaucoup

plus pertinente parce que tout de suite axée sur leur besoins. Ça permet aussi plus facilement pour l'enseignant de très vite les rassurer et de les mettre en confiance d'autant qu'on parle très rapidement de leurs problèmes. » M8

Certains y voient aussi une aide à la supervision en prolongeant le temps de visionnage en dehors du contexte de la consultation.

« Moi j'ai du mal à prendre ce recul et je pense pas avoir cette analyse pertinente. Du coup la vidéo, la repasser tranquillement au calme. » M3

Ceux qui l'utilisent reconnaissent enfin l'intérêt et l'efficacité de la SODEV particulièrement pour l'apprentissage de la communication.

« [...] associé à la grille c'est un outil formidable, très vite axé sur les besoins de l'interne, grâce à l'auto-évaluation, avec une amélioration de la qualité de la supervision et donc au final des capacités de communication avec les patients. » M8

2.4.3.2 L'INTERNE

La vidéo place l'interne grâce à l'auto-évaluation dans de meilleures dispositions pour l'apprentissage de la communication. La possibilité de se voir évoluer et de confronter cette vision à celle de l'enseignant serait source d'une progression rapide.

« La vidéo tu te vois dans ta consultation, la gérer, et je pense qu'on avance plus vite plutôt qu'avec le regard simplement de notre maîtres de stage. Parce que tu te regardes travailler et que tu peux revoir à nouveau. » I4

« Je pense que je voyais avec lui de l'extérieur ma façon d'être et de faire la consultation. En fait c'était moi le maître de stage. Il me laissait faire son job. Alors j'étais comme lui capable de critiquer le travail. Quand on ne filme pas on ne fait pas ce travail soi-même. Il n'y a que le médecin qui dit ce qu'il en pense mais nous on ne peut pas juger notre travail enfin pas autant. » I2

L'image rediffusée, source d'appréhension, devient ici moteur d'apprentissage par son impact et son objectivité.

« Avec la rediffusion c'est bien plus facile à étudier et l'interne visualise mieux donc mémorise mieux [...]. Ça permet de mettre l'interne en situation

d'observateur comme l'est son enseignant. Ça nous met d'égal à égal pour discuter du travail. » M2

« [...] les internes ils sont très très satisfaits de cette expérience. Ça les responsabilise. Après leur première phase seule, quand ils sont avec leur maître de stage, ils disent tous que l'auto-évaluation est indispensable. Et c'est comme ça ensuite avec l'enseignant qu'ils peuvent lever les scotomes. On est sur une relation avec l'interne plus juste et ciblée sur ses difficultés. » M8

Cette forme de supervision permet ainsi de délivrer un enseignement adapté aux besoins de l'interne. Ces derniers relèvent l'intérêt spécifique de la SODEV pour le travail de la communication mettant en relief le langage non-verbal.

« L'étude de geste, de notre langage, posture, de notre regard... Sans la vidéo on en a pas forcément conscience même si on nous le dit ça marque moins sans le voir. » I3

« L'aspect de la communication non verbale je pense par exemple que c'est quasiment impossible de la voir sans être filmé. » I3

En plus de la pertinence du message délivré, les internes soulignent sa persistance. La SODEV ouvrirait la voie d'une progression continue et durable pour ceux ayant fait l'expérience de l'auto-évaluation. Leurs attentions se portent sur leurs attitudes de communicants soulignant encore l'intérêt de la SODEV dans ce domaine.

« Maintenant je me pose parfois en fin de consultations des questions sur la façon dont je me suis comporté en consultation ou les mots que j'ai choisis. Et ce sont ces vidéos qui m'ont ouvert les yeux sur toutes ces choses [...]. J'ai appris à m'observer et à faire attention à la façon de gérer ma consultation. Pas sur le plan médical je veux dire, c'est surtout le choix des mots, la gestuelle, toutes ces choses qu'on n'apprend pas ailleurs [...] » I2

« C'est marquant quand même de se voir. Et puis c'est nous qui nous regardons donc en s'en souviens bien de nos erreurs. Du coup je pense que je refais un peu ce que je faisais en regardant la vidéo. Je cherche ce qui est pas bien et comment faire mieux. » I2

Comme leurs enseignants, les internes y voient le moyen de diversifier l'enseignement et donc de relancer l'intérêt de l'interne donc sa progression.

« Et puis on fait quelque chose de différent [...]. Six mois de stage c'est parfois long alors avec l'enregistrement on casse aussi un peu les habitudes (silence). Ça enrichit le semestre chez le praticien. » I4

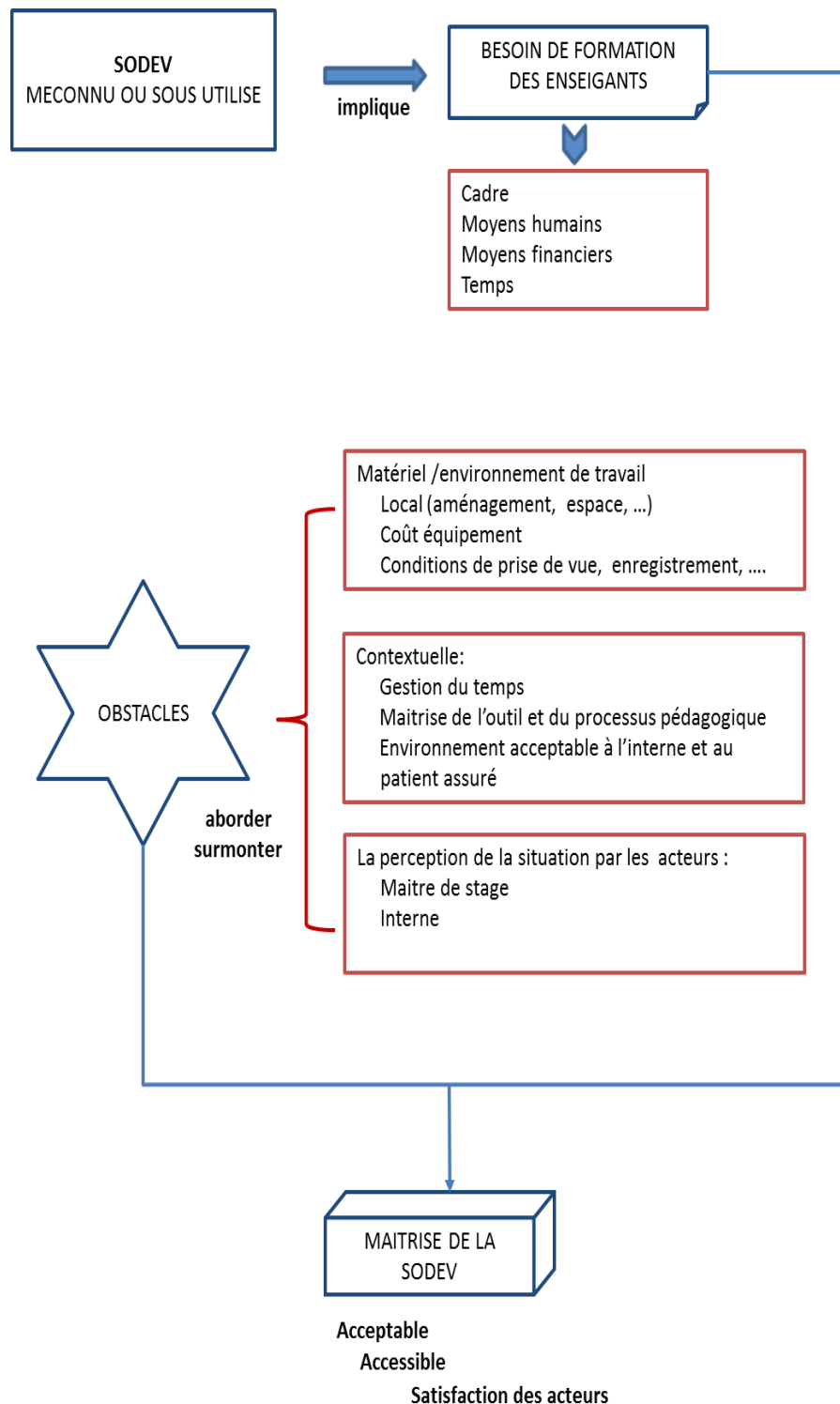
2.4.3.3 LE PATIENT

Pour le patient, les retours auprès des MSU donnent à penser que sa participation à la formation des futurs médecins est source de motivation et de satisfaction. Ce sentiment valable pour les formes de supervisions classiques l'est donc aussi pour se prêter au jeu de l'enregistrement vidéo.

« [...] autrement avec les patients il n'y a aucun problème. Au contraire ils sont contents de participer à la formation des étudiants. » M8

Proposée par l'investigateur, la figure 4 résume les résultats obtenus, plaçant la formation des enseignants au centre d'une démarche permettant d'appréhender les obstacles à la SODEV pour en permettre la diffusion.

Figure 4 : La SODEV : conditions et obstacles pour un usage maîtrisé



DISCUSSION

1. CONCERNANT NOTRE RECHERCHE

1.1. METHODOLOGIE

1.1.1. LA POPULATION ÉTUDIÉE ET SON RECRUTEMENT

Le choix initial d'interviewer les MSU et leurs internes en les considérant comme parties d'une même population a permis de multiplier les sources de données. Cela augmente la validité de l'étude : c'est la triangulation des sources (40).

L'échantillonnage théorique a permis de recruter successivement des enseignants et leurs internes avec des profils variés pour les données démographiques et l'expérience qu'ils ont de la SODEV. Aucune de ces personnes n'est liée à l'étude.

La diversité de la population assure la richesse des verbatim. C'est une force de ce travail en permettant d'explorer la plus grande variété possible du thème étudié (35).

Si cet éventail assure la richesse des points de vue et reflète au mieux la réalité, il présente un biais, celui du recrutement de personnes expertes ou particulièrement motivées. Le taux de participation à l'étude en est peut être le reflet. Dès lors il est possible de penser que l'opinion globale qu'ont les interviewés de la SODEV est favorable.

Ce biais de recrutement est limité par l'inclusion de cas déviants à savoir une interne ayant refusé la SODEV et d'enseignants non investis dans les séminaires d'enseignement du DMG.

Tous les participants se sont montrés disponibles. Les entretiens tous réalisés en fin de journée n'ont pas été limités dans le temps permettant un recueil de qualité. L'intérêt transparaît dans les demandes de retour des résultats y compris pour des internes qui se projettent MSU.

1.1.2. LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON ET LA SATURATION DES DONNÉES

La saturation a été obtenue et vérifiée au cours des deux derniers entretiens. A partir du huitième entretien peu de nouvelles idées ont émergé. L'analyse des précédents faisait alors apparaître les principaux résultats. Les entretiens suivants ont permis de s'assurer que la saturation était bien atteinte tout en diversifiant encore l'échantillon.

Le nombre limité de MSU et d'internes ayant une expérience de la supervision vidéo n'a donc pas gêné la collecte d'un volume suffisant de verbatim pour arriver à saturation des données (40).

1.1.3. REPRODUCTIBILITÉ, TRIANGULATION DE L'ANALYSE

L'analyse a été triangulée avec les quatre premiers entretiens avec une deuxième personne qui réalisait un codage de manière manuscrite. Cette personne a été choisie pour son expérience dans la conduite et l'analyse d'étude qualitative. Elle est cependant extérieure au milieu médical, situation susceptible d'introduire un biais d'analyse. Ce risque est limité par l'absence de termes médicaux, la lecture et l'explication préalable de la justification et de la méthodologie de notre travail. Au final cette intervention a augmenté la validité de l'étude en ayant permis de réajuster à minima les premières analyses et d'en valider la justesse (40).

Cette triangulation de l'analyse assure également la validité interne de l'étude.

1.1.4. VÉRIFICATION DES RÉSULTATS

La tenue d'entretiens individuels, parfois à distance et étalés dans le temps ne permet pas de vérifier les résultats auprès de l'ensemble des participants. Aussi ils l'ont été lors du dernier entretien avec le maître de stage ayant avec la SODEV le plus d'expérience au sein de notre échantillon (32, 40).

1.2. L'INVESTIGATEUR

1.2.1. UNE PREMIÈRE EXPÉRIENCE DE RECHERCHE QUALITATIVE

Il s'agit pour l'investigateur d'une première expérience dans le domaine de la recherche qualitative.

L'absence de connaissance initiale pour ce champ de la recherche a ralenti et rendu hésitantes les premières étapes. Il s'agit au fil des entretiens d'apprendre à se

détacher du canevas d'entretiens et de rester dans l'acceptation, la non directivité. C'est une situation complexe à appréhender où le manque d'expérience a pu gêner la production du discours.

Chaque nouvel entretien était donc l'occasion d'analyser également la pertinence des relances, la gestion du discours, la réaction de l'interlocuteur (39, 42).

Des MSU expérimentés ont pu prendre une position paternaliste aidée par la différence d'âge et d'expérience. A l'inverse une interne signalait à posteriori la difficulté éprouvée lors de l'entretien. Elle se disait déçue des réponses et surprise de sa gêne devant l'enregistreur. De manière globale le climat avec les internes était toutefois favorable avec une situation d'égal à égal dont témoigne le tutoiement

1.2.2. BIAIS D'INVESTIGATION

Tous les entretiens ont été menés par l'investigateur de l'étude. Cette situation est susceptible d'introduire un biais dans le recueil des données. Un sentiment favorable à la SODEV peut en effet modifier la conduite des interviews et orienter les réponses. Cette conduite est susceptible de lever des mécanismes de défense (38, 41).

Ce risque est limité par le choix d'entretiens semi directifs qui laisse libre court à la pensée des intervenants à partir de questions neutre bien que cette neutralité ne soit pas toujours facile à maintenir au fil des discussions.

2. CONCERNANT LES RESULTATS

2.1. LA LOGISTIQUE DE LA SODEV

L'équipement nécessaire et sa manipulation constitue un obstacle potentiel à la SODEV, particulièrement pour les MSU.

La simplicité et la rapidité d'utilisation sont essentielles pour que le temps et les compétences en informatique ne soient pas des facteurs limitants.

Les travaux de Armengau C. en 2011 montrait que près de la moitié de son échantillon avait rencontré des difficultés lors de l'enregistrement d'une consultation. Cela concernait surtout le positionnement de la caméra laissé au choix des internes volontaires aidés de quelques recommandations (44).

Dans son étude, Pailhé E. a été confrontée à la même difficulté en utilisant un caméscope sur trépied. La bande son de certains enregistrements était par ailleurs difficilement audible (45).

Ces deux travaux ont en commun l'usage d'un matériel mobile au cours d'une unique consultation. Les participants disposaient certainement de peu de temps pour s'approprier l'outil en plus d'expérimenter une forme nouvelle de supervision. Cela conforte la notion d'anticipation quant au choix du matériel et de sa place. Une notice seule ne suffit pas.

De leurs côtés Dumange L., De Jongh N. et Houdusse A., au cours de leur expérimentation de la SODEV par quatre enseignants rattachés au DMG de Poitiers n'ont relevé que peu d'obstacles techniques. Il s'agissait en l'occurrence d'un matériel fixe doté d'un micro, dans un local réservé au sein d'une maison de santé (46-48). Si cette solution semble idéale elle est réservée au cabinet ou maison de santé à vocation pédagogique compte tenu du coût et de la place requise. Cela ne correspond pas à la réalité des terrains de stage les plus répandus. De même, l'exemple des Unités de Médecine Familiale canadiennes, structures à vocation pédagogique, ou de certains hôpitaux universitaires états-uniens avec un équipement fixe dans une salle dédiée, est difficilement transposable en France, à l'exception de quelques structures disposant de la place et des moyens nécessaires (29, 49-51).

Ces travaux montrent toutefois que les obstacles techniques peuvent être levés facilement en préparant en amont l'installation.

La solution technologique se trouve certainement dans le choix des caméscopes de petite taille dont les avantages sont nombreux :

- simplicité et rapidité d'installation
- taille facilitant le choix de l'emplacement et évitant d'attirer le regard des patients
- choix du champ de la caméra
- possibilité d'associer un microphone pour garantir la qualité de la bande son
- coût modéré
- lecture de l'enregistrement ne nécessitant qu'un branchement

C'est la solution la plus souvent évoquée par les MSU au cours des entretiens. Elle semble la plus adaptée à l'enseignement dans les cabinets de médecine en France.

Cela ne sera vrai que si les enseignants s'approprient l'outil au cours d'une formation et anticipent son utilisation et son placement au sein de leurs locaux. Un tutoriel pour les accompagner dans leur démarche sera un plus pour les MSU les moins à l'aise avec l'informatique.

Ainsi le choix du matériel et sa bonne utilisation, en plus de garantir une qualité d'enregistrement, est un élément de diffusion de la SODEV.

2.2. LES FACTEURS HUMAINS

2.2.1. L'ENSEIGNANT

2.2.1.1 SA RÉMUNÉRATION

La rémunération des médecins généralistes pour leur mission d'enseignement est évoquée. Son faible niveau rendrait la fonction de maître de stage peu attractive. La baisse d'activité induite n'est en effet pas suffisamment compensée (52). Majorer encore la charge de travail avec une méthode de supervision potentiellement chronophage serait un frein potentiel. A cela s'ajouterait l'acquisition du matériel vidéo s'il n'était pas pris en charge par les DMG.

Quelques travaux portant sur les motivations des médecins à devenir MSU tendent à nous rassurer. L'intérêt financier est ainsi cité loin derrière la volonté de transmettre une expérience, l'intérêt pour la pédagogie ou le besoin de se former (53).

Les opinions recueillies au cours de nos entretiens laissent à penser que chaque praticien fixe lui-même les limites de son investissement et que la faible rétribution des MSU constituerait au cas par cas un obstacle à l'acquisition et l'application de nouvelle méthode telle que la SODEV.

Le développement de la SODEV pourrait être favorisé par l'application du Pacte santé 2 qui prévoit une revalorisation de la rétribution des MSU. Cette hypothèse pourrait être vérifiée en vérifiant son impact sur son déploiement et les motivations des enseignants à son utilisation (54).

2.2.1.2 L'ACCÈS À LA FORMATION CONTINUE

La fragilité des crédits alloués au DPC est aussi rappelée. Or la nécessité de se former est au centre des préoccupations exprimées pour permettre à la SODEV de se développer. Cela fait du DPC un levier essentiel à son utilisation et sa diffusion. Un blocage des fonds rendrait moins accessible les séminaires proposés par le CNGE aux maîtres de stage et à leurs formateurs. La formation des enseignants généralistes souffrent en effet de la gestion à court terme des crédits alloués (55, 56).

2.2.1.3 AGE ET MOTIVATION

L'âge des MSU est susceptible de faire obstacle. L'hypothèse soulevée est d'abord celle d'un moindre investissement personnel en fin de carrière. A l'inverse on observerait une certaine réticence auprès de jeunes MSU dont le manque d'expérience ferait obstacle à une forme de supervision pressentie complexe.

L'âge ou l'ancienneté dans la pratique de l'enseignement ne semblent pas corrélés à l'investissement des MSU dans leurs engagements pédagogiques (54). Il faut plutôt évoquer leurs intérêts pour la pédagogie et les techniques qui s'y rapportent. Ces éléments sont les valeurs les plus souvent avancées comme facteur de motivation à la maîtrise de stage. Si l'on se réfère à ces éléments, le recrutement sur la base du volontariat avec une promotion efficace de l'outil devrait permettre sa diffusion. La formation adéquate des MSU doit permettre de vaincre les craintes des uns et des autres concernant le niveau de compétences et l'investissement requis.

2.2.1.4 SON APPRÉHENSION

Les enseignants expriment également une appréhension quant à un regard critique de l'interne. Déjà reconnue (57), cette appréhension semble avec la SODEV majorée. Elle concerne la prestation pédagogique attendue au décours de l'enregistrement. Le matériau à travailler étant plus important, l'interne est en droit d'attendre une rétroaction qualitativement proportionnelle (58).

Mais il s'agit également de la possible prestation filmée que devrait réaliser le MSU. Se prêter au jeu de la supervision filmée en début de stage permettrait de démontrer son intérêt et de rassurer l'interne. Cette étape réclamée par les internes place l'enseignant en position de supervisé. Elle n'est pas évoquée ou expérimentée par les MSU interrogés qui utilisent la SODEV et n'est pas non plus retrouvée dans les publications étrangères ou françaises. Elle ne semble pourtant pas dénuée d'intérêt. D'une part cela permettrait au MSU d'acquérir une certaine légitimité à proposer à l'interne une forme de supervision aussi exposante. D'autre part elle constitue une étape dans l'accompagnement de l'interne vers son propre enregistrement. Cela contribue à construire un environnement facilitant (50).

2.2.2. LE PATIENT

2.2.2.1 SECRET MÉDICAL

Les moyens de garantir le secret médical est source de questionnement. Avec la SODEV le médecin devient possesseur d'un enregistrement de la consultation. Jusqu'alors, il n'existait pas de traces, autres que les notes du médecin, à la fin de son entretien avec le patient. La question du maintien du secret professionnel est donc posée lors des entretiens. Les travaux menés à Poitiers ont cherché l'approbation par l'Ordre des médecins de leur protocole d'étude. Il en a découlé un équipement onéreux, fixe et non connecté en réseau, utilisable dans un unique local. L'objectif était de garantir l'impossibilité de faire sortir l'enregistrement vidéo de la pièce où il est visionné (46-48). Cette démarche auprès de l'Ordre des médecins et les contraintes induites sont un obstacle que ces MSU sortis du cadre expérimental ne souhaitent pas reproduire.

La mission de l'Ordre est d'émettre un avis consultatif afin d'assurer le respect du code de déontologie (59). Sorti du contexte d'une étude, la SODEV n'est qu'une forme de supervision parmi d'autres et n'échappe pas aux principes déontologiques dont fait partie le secret médical. La particularité réside en la possession d'un enregistrement et, comme pour le dossier médical, le MSU doit pouvoir garantir la confidentialité de ces données et leur suppression. Ce dernier devra être guidé dans cette démarche lors de sa formation à la SODEV.

2.2.2.2 LE DROIT À L'IMAGE ET RECUEIL DU CONSENTEMENT DU PATIENT

Outre le secret médical, la SODEV pose la question du respect du droit à l'image. C'est en cela que cette forme de supervision se distingue. Le MSU a une obligation déontologique et légale de recueillir le consentement du patient puisque les principes de la loi informatique et liberté s'appliquent (60). Les intervenants en ont conscience et posent la question de la méthode et du mode de recueil du consentement. D'autres pourtant utilisateurs n'y font pas référence. Il semble que le respect de la loi est alors intuitif et ne justifie pas de chercher un consentement écrit.

Un accord signé, avec une information claire, loyale et appropriée du patient permet d'assurer la protection de l'ensemble des acteurs. Les modalités et la durée d'utilisation des images doivent être clairement établies. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) met à disposition des modèles en vue d'établir un formulaire de consentement à la collecte de données (61). Pour des travaux de recherche concernant ou utilisant la SODEV il sera nécessaire

d'établir une demande d'autorisation ou d'avis adressée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Concernant la personne chargée du recueil, il semble que l'enseignant tienne une place importante en assurant le choix du patient et son information. C'est une tâche qui est habituellement partagée par le MSU, l'interne et la secrétaire et qui prendra ici une forme particulière avec la présentation d'un support écrit (62).

La feuille de consentement devra comporter des items indispensables (50) :

- objectif et devenir de l'enregistrement,
- ce qui est enregistré,
- la possibilité d'interrompre et d'effacer l'enregistrement à n'importe quel moment.

2.2.2.3 SON INTIMITÉ PHYSIQUE

Le texte soumis au patient devra éclaircir la question de l'enregistrement ou non de l'examen clinique. C'est un sujet souvent soulevé au cours des entretiens. La majorité s'accordent pour l'exclure du champ de la caméra, ce que font les MSU interrogés qui utilisent déjà la SODEV. Les expérimentations menées en France ont toutes exclue de filmer l'examen clinique (44-48).

Certains dans notre échantillon y voient un intérêt. Ils évoquent les difficultés rencontrées parfois par l'interne lors de cette étape. La vulnérabilité des patients conduit toutefois à écarter cette possibilité. Au moment de l'examen physique, le patient attend du médecin qu'il crée un climat de confiance propice.

Le but visé est l'apprentissage de la communication et non des compétences techniques. Le discours de transition entre l'entretien et l'examen est à ce titre essentiel et doit être enregistré.

La question qui subsiste est celle de l'interruption ou non de l'enregistrement. Elle se pose pour les cabinets sans séparation et lorsque la caméra filme tout ou partie de la zone d'examen. Lorsque le champ exclu la table d'examen la question est moins importante. L'idée que la manipulation de la caméra puisse biaiser l'enregistrement en rappelant aux acteurs sa présence plaide même pour la poursuite de l'enregistrement. La piste audio permettra peut-être de travailler sur la qualité des explications et des transitions de l'interne pendant l'inspection. C'est ce qui se fait dans certaines universités américaines (49).

2.2.2.4 TAUX DE PARTICIPATION

Bien qu'abordé au cours de nos entretiens il semble que la question du taux de participation ne constitue pas un problème majeur. Ceux qui utilisent la SODEV déclarent un taux d'acceptation des patients très élevés que l'on retrouve dans les travaux de recherches. La participation des patients à une séance filmée à des fins pédagogiques ne serait donc pas mise en doute. La revue de la littérature conforte l'idée d'un accueil largement favorable. Les travaux français retrouvent des niveaux de participation importants, similaires à ceux observés dans les séances de supervision habituelles et à l'étranger avec la SODEV (44-48, 50, 63).

2.2.2.5 MOTIVATION DES PATIENTS

A plusieurs reprises, les MSU relèvent le côté gratifiant que les patients trouvent à concourir à la formation des jeunes médecins et qui joue comme facteur de motivation dans leurs acceptations à être participants.

Cet aspect n'est pas spécifique à la SODEV. Avec l'enregistrement vidéo, certains évoquent également la notion de sécurité de la prise en charge par l'interne induite par l'existence d'un contrôle a posteriori par l'enseignant (45).

Il sera intéressant d'interroger les patients quant aux motifs d'accepter de participer ou de refuser la vidéo et leur avis sur les modalités de recueil du consentement.

Ces modalités sont en effet susceptibles d'influer sur leur décision comme l'a évoqué Servant (64). En rendant le recueil libre de tout biais on observe une chute de la participation des patients. Ainsi alors qu'elle est importante lors du recueil par le médecin, elle s'effondre lors d'une demande téléphonique par un tiers avant la consultation. Un tel constat amène à soupçonner un biais dans le recueil, certainement influencé par le médecin qui tirerait profit de sa relation avec le patient. Ce serait une bien mauvaise façon d'aborder avec l'interne la question de la communication professionnelle. Le questionnement de patients à qui la SODEV est proposée permettra d'éclaircir la question afin d'affirmer ou non cette hypothèse. On ne peut pour l'heure que souligner l'importance du mode et du moment du recueil du consentement.

2.2.2.6 LA CAMÉRA

Les enseignants et internes qui ont l'expérience de la SODEV considèrent que l'influence de la caméra sur l'attitude du patient et le déroulement de la consultation est négligeable. Cette conclusion est confortée par la revue de littérature. Des études comparatives sur des échantillons plus larges rappellent que dans la majorité des cas, la caméra se fait très vite oublier du patient sans influencer sur son comportement (65, 66).

2.2.3. L'INTERNE

2.2.3.1 ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE

Les craintes exprimées par les internes reflètent une anxiété de performance vécue ou anticipée comme plus importante dans un contexte de supervision filmée. Elle n'est en effet pas spécifique à la supervision vidéo mais semble être majorée nettement. L'analyse en détail de la prestation de l'étudiant alimente cette appréhension. Elle est reconnue dans la littérature comme l'une des craintes essentielles de l'interne (27, 50). La notion d'autocritique trop sévère que les MSU constatent de la part des internes au cours des rétroactions en est certainement le reflet. Les stagiaires expriment à ce titre leur volonté de bien faire pour assurer l'enseignant de leurs capacités à passer en supervision indirecte.

C'est en menant une supervision adaptée que les MSU aideront l'interne à faire face à cette appréhension. Il s'agit d'un accompagnement facilitant où la multiplication des rétroactions, dénuées de jugement, facilitent sa progression. A ces conditions, l'anxiété de performance, bagage obligatoire de l'interne en supervision, ne constitue pas un obstacle. C'est ce qui est observé par Dumange et qui corrobore les données de la littérature (47, 67, 68).

A ce titre le modèle français d'enseignement ambulatoire doit devenir un atout. En tissant des liens privilégiés au cours des six mois de stage avec deux ou trois MSU seulement, les conditions pour établir la relation de confiance plébiscitée par les internes, sont réunies.

Comme dans les travaux d'Armengau, les internes interrogés s'opposent par contre à la supervision par un tiers (44). Cette solution envisagée dans nos entretiens par un enseignant pour palier au faible nombre de MSU équipés ne devrait pas être retenue compte-tenu de la complexité de son organisation.

2.2.3.2 SON IMAGE

La difficulté pour l'interne de se confronter à son image et à sa voix constitue un obstacle original soulevé par cette forme de supervision. C'est une nouveauté pour l'interne de se voir et s'entendre. Cette crainte variable selon la personnalité de l'interne est largement reconnue dans la littérature (51, 67, 69). En France elle est la principale difficulté à laquelle se sont confrontés les internes dans l'étude d'Armengau (44).

Les entretiens réalisés laissent percevoir des mécanismes de défense potentiellement forts exacerbés par la retransmission de l'image. Ils font alors obstacle au travail de supervision du MSU et à l'extrême amènent l'interne à

refuser l'enregistrement. Les enseignants semblent dans notre travail attachés à cette possibilité pour l'interne de se soustraire à la SODEV. Compte tenu des mécanismes intimes qui entrent en jeu, forcer l'étudiant accentuerait des mécanismes de blocage et empêcherait toute forme de rétroaction (69).

Les travaux menés à Poitiers permettent de relativiser l'importance de cet élément qui n'a pas constitué un obstacle au déroulement des séances (46-48). Dumange propose d'ailleurs pour minimiser l'impact de l'image de multiplier les séances pour habituer l'interne à se confronter à sa propre image. Avec l'expérience, son attention se porterait beaucoup plus sur le contenu pédagogique de la séance que sur l'image sur laquelle il focalise son attention lors des premières séances.

La littérature conforte cette notion et il paraît évident qu'une supervision sans jugement constitue là encore un élément facilitateur indispensable (50, 67, 70) .

Mais comme l'un des MSU interrogé, il est possible d'être confronté à une interne refusant la SODEV par crainte de l'image. Proposer alors de réaliser seul des vidéos serait une solution pour lever cette inhibition selon Durieux (51). On retrouve le concept de vidéo-exploration repris par Lambelet (69). Afin de diminuer les positions défensives du participant, il lui est proposé de choisir et d'explorer seul sa vidéo. L'enseignant fournit un cadre minimal, guide l'interne, sans jamais visionner l'enregistrement.

2.2.3.3 LA CAMERA

Pour ceux qui en ont l'expérience, il semble que la caméra se fasse oublier facilement de l'interne. Le fait de se savoir enregistré, n'aurait pas d'impact sur le comportement en consultation (71). Les travaux d'Armengau et Pailhe vont également dans le sens d'une présence négligeable et ressentie comme moins pressante que la présence physique de l'enseignant (44, 45). La caméra par son aspect moins intrusif que l'enseignant aurait un impact moindre sur l'aisance de l'interne et l'intimité de la consultation. Les conditions techniques à ce titre ont leur importance pour ne pas biaiser l'entretien. Toute manipulation ou dispositif encombrant viendra rappeler au cours de l'entretien la présence de ce troisième œil.

Dans les observations faites par Durieux au Québec, 20% des résidents étaient stressés par la caméra et considéraient la consultation comme biaisée. Comme pour sa confrontation à l'image, il semble que la répétition des séances permette de diminuer l'impact de la caméra (51).

Au final, l'ensemble des données tend vers une bonne acceptabilité de la caméra avec une désensibilisation de l'interne progressive à sa présence.

2.2.3.4 INTÉRÊT PORTÉ À LA COMMUNICATION

Dernier facteur susceptible de gêner la supervision, l'intérêt que porte l'interne à la communication professionnelle. Si les disparités d'un étudiant à l'autre sont importantes, la revue de la littérature conforte l'idée d'une découverte pour l'interne lors de son stage ambulatoire (44, 45). La SODEV semble alors pertinente pour mettre en exergue les besoins des internes et faire naître un intérêt et un besoin de progression. Tous reconnaissent à terme l'importance de cette compétence. L'intérêt de la SODEV, réside dans la spécificité du mode d'acquisition des compétences en communication et la persistance dans le temps de ces acquis. La littérature corrobore ce changement d'appréciation des internes avec le temps et l'expérimentation (51, 49, 67).

2.2.3.5 SA RELATION AVEC LE PATIENT

Les internes relèvent à plusieurs reprises leurs difficultés à demander l'accord du patient. L'idée de se sentir redevable et risquer le refus rajoute à l'anxiété de l'interne. Pour eux, c'est au MSU qu'il incombe de planifier la séance et de se charger du choix, de l'information et du recueil du consentement auprès du patient. La littérature appuie ces propos. Construire un climat favorable pour la SODEV passe aussi par la préparation logistique et le recueil du consentement. L'interne ne devrait pas être embarrassé par ces tâches qui incombent à l'enseignant (44, 49).

2.3. RÉFLEXIONS SUR LE PROCESSUS PÉDAGOGIQUES

2.3.1. FORMATION DES ENSEIGNANTS

2.3.1.1 LE BESOIN DE FORMATION DES ENSEIGNANTS

L'ensemble des MSU réclame une formation préalable. C'est la résultat principal de notre étude. Ce besoin reflète leur méconnaissance de l'outil comme de l'enseignement des habiletés relationnelles. Le défaut de compétence fait obstacle à la conduite d'une supervision efficiente et amène l'enseignant à douter de l'utilité de la SODEV. Il ne tire pas profit de l'outil et l'absence d'objectifs, de méthode ou de supports d'apprentissage bloque le processus pédagogique.

Le niveau de connaissance dans le domaine de la communication et de son apprentissage est un obstacle également reconnu dans les travaux de Pailhe (45). Cela va jusqu'à observer une posture dogmatique du superviseur qui juge de la bonne ou mauvaise prestation de l'interne sans initier ensuite de véritable

rétroaction. L'évaluation n'est alors pas formative et le maître de stage n'investit pas pleinement son rôle pédagogique (45, 72).

C'est une situation crainte par les internes, sensibles aux aptitudes cliniques et pédagogiques de leur MSU. Ce sont elles qui font de l'enseignant un modèle qui accompagne l'élève et le guide dans l'acquisition de nouvelles compétences (73).

La SODEV pourrait être un moyen incitatif permettant au MSU de progresser dans ses compétences d'enseignants et d'y puiser un regain d'intérêt pour son rôle de pédagogue vis-à-vis duquel certains expriment une certaine lassitude ou frustration.

Ce résultat en faveur d'un apprentissage préalable contraste avec les travaux menés à Poitiers. L'expérimentation par quatre MSU de la supervision vidéo jumelée avec la grille de Calgary Cambridge a pu se faire de manière efficace et sans formation (46-48). L'association de la SODEV à une grille de lecture permettrait de se dispenser de préparation. Cette stratégie concluante n'a toutefois inclus qu'un nombre limité d'enseignants, tous « chevronnés », exerçant dans la même maison de santé et dont la moitié avait été confrontés à la SODEV. La dynamique de groupe au sein de cette structure majeure encore le biais de recrutement.

Si leur résultat conclue à une utilisation de la SODEV possible sans formation préalable ils admettent l'intérêt de préparer l'enseignant à la supervision ou au processus pédagogique pour en améliorer l'utilisation.

La réussite de la supervision vidéo et sa diffusion repose donc sur la préparation des MSU.

2.3.1.2 PROMOUVOIR LA SODEV

La motivation et l'intérêt porté par les MSU pour la formation à la communication des internes est une barrière reconnue. Ils doivent être convaincus de la nécessité d'y sensibiliser les jeunes praticiens (49).

Pour se préparer eux même à cette tâche les enseignants reconnaissent le rôle de promoteur du DMG. Le recrutement, la formation et l'évaluation des MSU lui incombe en effet.

Certains réclament une solution nationale. Il appartient au CNGE de promouvoir la recherche pédagogique, les échanges de pratique et la formation continue des enseignants.

La question des ressources dont disposent les instances départementales et nationale est posée par quelques interviewés. Ils restent prudents quant aux moyens alloués à la filière de médecine générale. Mais il s'agit d'une filière

universitaire jeune qui se bat encore pour obtenir une pleine reconnaissance de ses besoins (52).

Quant à la forme que doit prendre cette promotion, l'échange entre pairs au cours de séminaires semble plébiscité. Dans les universités américaines l'intérêt d'ateliers de révision sur la SODEV a fait ses preuves (49).

2.3.2. PLACE DE LA SODEV DANS L'ENSEIGNEMENT DES COMPÉTENCES RELATIONNELLES

2.3.2.1 L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION, UNE DÉCOUVERTE TARDIVE POUR LES ÉTUDIANTS

Du côté des internes le manque de compétence en communication est une entrave potentielle à la réalisation d'une supervision filmée. Ils font part d'une progression tardive et limitée dans ce domaine au cours de leur formation. Le sentiment des internes concernant leur niveau et la formation proposée pour l'apprentissage de la communication corrobore ainsi les données de l'introduction.

Le besoin de formation dans ce domaine est pourtant unanimement reconnu par les étudiants interviewés dans notre étude comme dans celle d'Armengau (44). Ils ont appris à avoir une approche centrée sur la maladie plutôt que sur le patient. Les enseignants en font le constat.

Nous avons vu plus haut que les attentes et les motivations des internes ne semblent pas faire obstacles.

Avec la SODEV, ils craignent d'être confrontés à leur manque de compétence avant même qu'il leur soit donné les moyens et le temps d'appréhender et de s'approprier cet outil. La prise de conscience brutale de son insuffisance dans un domaine doit être évitée au risque de provoquer des conduites d'évitement (69). Les internes attendent une formation longitudinale au cours de leur cursus de sorte que l'enseignement de la communication intervienne plus tôt.

2.3.2.2 A TERME, UN CURSUS INTÉGRÉ

Le manque de sensibilisation et de formation des acteurs interrogés participe à limiter l'usage et la diffusion de la SODEV. L'interne comme son enseignant ne se sentent pas toujours prêt à l'utiliser. Cet outil de supervision apparaît sous certains

côtés comme complexe. Il ne concernerait que des personnes ayant déjà acquis un certain niveau de compétence en communication.

La SODEV a pourtant toute sa place pour remédier à ces manquements mais se doit d'être intégrée dans un cursus cohérent où l'apprentissage des compétences relationnelles fait jeu égal avec les connaissances biomédicales.

On retrouve ces exigences au sein des recommandations faites par les spécialistes depuis des décennies, reprises lors des consensus internationaux (2, 13, 14).

Au sein de la SIFEM, le groupe dédié à l'enseignement de la communication a édicté une liste de six recommandations nécessaires à l'apprentissage de la communication par les médecins (3) :

- 1) du recours à un référentiel concernant cette communication, qui soit solide et basé sur les données probantes,
- 2) de la pratique répétée des habiletés de communication associée à une rétroaction, descriptive, spécifique et immédiate,
- 3) d'un cursus à la communication médecin-patient intégré tout au long des études médicales,
- 4) de l'évaluation formative et sommative de l'acquisition des habiletés de communication, à la fois en cours de formation et comme critère de promotion ou de certification de fins d'études,
- 5) des activités de réflexion et de connaissance de soi, permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin-patient,
- 6) des cliniciens-enseignants qui soient des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate, ce qui nécessite des programmes de formation des formateurs.

La démarche pédagogique au Québec s'en inspire directement, utilisant la SODEV depuis des décennies (1, 51, 74). Elle s'inscrit dans un cadre théorique plus large proposé par le conseil de compétence en communication de l'université de Montréal qui depuis 2007 recense et organise les contenus d'un enseignement à la communication professionnelle (75).

D'autres exemples à l'étranger de programmes d'enseignement en communication ont intégré et validé l'usage de la SODEV.

Aux Etats-Unis, malgré des disparités importantes, l'évaluation des compétences communicationnelles est devenue une composante de l'examen final (76, 77). Les méthodes pour son enseignement ont à ce titre été développées et rendues plus visibles.

La supervision vidéo a ainsi prouvé de longue date son intérêt dans les universités de Détroit (49). Dans d'autres universités américaines, un enseignement dédié aux compétences communicationnelles étalées sur trois années a permis d'observer une amélioration significative par rapport à ceux qui n'ont pas suivi l'enseignement (78). Des programmes plus courts mettant l'accent sur l'apprentissage à partir d'exercices pratiques réels ou simulés avec rétroaction y ont également été validés (79). Tous ont recouru à la SODEV.

Plus proche de nous, en Belgique, un programme d'enseignement, étalé sur les quatre années de résidence, met en valeur la découverte et la mise en pratique des compétences en communication. L'approche se veut personnalisée avec un suivi tout au long de l'enseignement qui associe jeux de rôles et consultations réelles filmées puis discutées en groupe ou en binôme. Les enseignants sont ici aussi formés à cet exercice dont l'intérêt est démontré pour la progression des internes (80).

En France, les programmes de formation la relation médecin-patient sont développés à partir du référentiel national selon des modalités propre à chaque université. Certaines ont évalués les enseignements proposés en formation initiale ou en troisième cycle. Ils s'appuient sur des modalités éclectiques mais complémentaires. Les cours théoriques sont couplés à des ateliers avec jeux de rôle, des groupes d'échange et d'analyse des pratiques ou des groupes type Balint. Aucun de ces modèles n'évoque la SODEV. L'importance des moyens nécessaires à l'harmonisation et la diffusion de programmes plus ambitieux est soulignée. La nécessité de s'appuyer sur des situations authentiques vécues en stage avec des enseignants formés l'est aussi (18, 81-83).

Le virage ambulatoire du DES de médecine générale, réclamé et annoncé, ouvrira peut être la voie à d'autres projets en apportant les moyens nécessaires. Les propositions portant sur le passage à 4 ans de l'internat, l'augmentation du nombre de MSU, de leur formation et de leur rémunération, la multiplication des maisons de santé constitueraient un socle favorable (84).

2.3.2.3 LE STAGE AMBULATOIRE MIS EN VALEUR

Les stages ambulatoires sont reconnus notamment par les internes interrogés comme le lieu privilégié pour développer les aptitudes relationnelles. Ils admettent d'abord acquérir au cours de leur stages hospitaliers une démarche centrée sur les maladies plutôt que sur les malades. Ils mettent en valeur l'intérêt de

l'apprentissage à partir de consultations réelles dans les conditions de leur exercice futur. Cela concorde avec les données de la littérature sur la supériorité de l'enseignement au lit du malade suivi d'une rétroaction plutôt qu'en cours ou lecture (44, 80, 85-87).

Outre la notion d'apprentissage expérientiel, c'est le lien pédagogique avec les maîtres de stage qui est mis en avant dans nos entretiens. La relation dans le temps qui s'établit avec le MSU, le phénomène d'identification et les modes de supervision en particulier direct en sont les raisons principales (44, 49, 73). L'importance du modèle de rôle est ainsi reconnue comme elle l'est dans la littérature (58).

Reste que le thème de la communication n'est pas toujours abordé ou reconnu par le MSU lors du stage ambulatoire (44).

2.3.3. VERS UNE MAÎTRISE PÉDAGOGIQUE DE LA SODEV

2.3.3.1 CONTRAINTE TEMPORELLE ET NOTION DE PLANIFICATION

Le temps nécessaire à la SODEV préoccupe les enseignants et en limite parfois l'usage chez les utilisateurs. Les MSU interrogés par Pailhé, y voyaient l'obstacle principal (45).

Les travaux menés à Poitiers prennent le contre-pied de nos conclusions.

Le temps nécessaire à la SODEV ne constituerait pas un obstacle pour des maîtres de stage qui bénéficient d'une salle préparée et adaptée et lorsque la séance est anticipée (46). La répétition des séances réclamée tant par les internes que par les MSU ne semble alors pas limitée par le temps de supervision.

La préparation soigneuse de la supervision vidéo serait donc un outil pour diminuer la pression du temps. L'expérience de la SODEV outre atlantique va dans ce sens en valorisant la planification des séances comme levier pour alléger la contrainte temporelle (49-51, 74).

La possibilité pour le superviseur d'observer la consultation derrière une glace sans tain pour faire l'économie du temps de la rediffusion est une autre possibilité qui toutefois doit être écartée dans les cabinets français sous peine d'alourdir les difficultés logistiques (45, 51).

2.3.3.2 UN CLIMAT PROPICE POUR L'INTERNE, NOTION DE RELATION D'AIDE

Un climat propice à la supervision vidéo est plébiscité par les internes. Si une relation de confiance s'impose pour toute forme de supervision directe, c'est d'autant plus vrai avec la SODEV compte tenu du fort niveau d'exposition.

Le supervisé compte sur une relation enseignant-élève libre de tout jugement pour se prêter au jeu de la supervision filmée. Les MSU eux-mêmes insistent sur l'importance d'offrir une écoute empathique au vécu de l'interne. Plusieurs études confortent le lien entre l'absence de jugement et la qualité de la supervision ou de la transmission des compétences (27, 45, 47, 73) .

Ainsi, sans qu'elle n'ait jamais été reconnue en tant que telle par les enseignants, la description qu'ils font d'une supervision adaptée s'inspire de la relation d'aide (74).

Ils décrivent une démarche centrée sur les besoins de l'interne. Leur supervision se veut empathique assurant une écoute totale et respectueuse du supervisé et de son auto-évaluation. Autant d'éléments qui résument les attentes exprimées par les internes et sont parfois adoptés spontanément par les MSU expérimentés (46, 51).

La séance doit débuter par des notions positives à l'interne qui est libre d'exprimer son accord ou son désaccord avec la vision de l'enseignant. La relation d'aide qui s'établit ici en miroir de celle entre le praticien et son patient est un levier pour favoriser l'enseignement (49-51, 68, 74, 88). Elle doit être reconnue comme telle par les MSU et est un outil pour diminuer l'anxiété de l'interne (50, 67).

La position d'apprentissage est alors plus facilement adoptée par l'interne (89), position que certains enseignants interrogés peinent à établir concluant à un semestre long au côté d'un interne peu productif.

Du côté de ce dernier, c'est l'occasion d'expérimenter un concept enseigné en séminaire et sur lequel il devra s'appuyer dans sa relation avec les patients.

2.3.3.3 CHAMP D'APPLICATION DE LA SODEV

Les possibilités offertes par la SODEV sont multiples (90). Mais tous les acteurs soulignent son intérêt pour l'enseignement des compétences relationnelles, sujet de notre étude et largement décrit dans la littérature étrangère (91). C'est ce qui fait la particularité de cette forme de supervision alors que l'observation directe simple limite souvent la rétroaction à la démarche clinique. Mais si le champ d'utilisation apparaît très vaste, il constitue paradoxalement un obstacle pour certains MSU qui craignent de ne pas avoir les compétences pour utiliser le matériel pédagogique rendu disponible. Cette limite émerge également chez certains enseignants du Canada qui tentent d'analyser l'ensemble de la vidéo, attitude chronophage (91). D'autre à l'inverse en limite l'utilisation au seul champ

du langage non verbal considérant le reste des aptitudes relationnelles accessibles par les autres formes de supervision. Il est évident que dans ce domaine la SODEV se démarque dans sa capacité à rendre visible l'importance des attitudes et de la gestuelle du supervisé et de son patient. L'aspect privilégié du langage non verbal dans la supervision vidéo est également retrouvé dans les travaux de De Jongh (46). Il est possible que le défaut de compétence des MSU explique pour partie qu'ils limitent leur démarche à l'aspect le plus évident de la SODEV, l'image.

Pourtant c'est l'ensemble du champ relationnel et communicationnel qui est rendu accessible par la SODEV.

Pour aider les enseignants à utiliser le matériel vidéo des stratégies ont été élaborées. Eaton propose par exemple de fractionner la consultation en six composantes à analyser (91) :

- Entrée en matière
- Collecte des faits
- Anamnèse médicale, sociale et du style de vie
- Synthèse
- Préoccupations du résident
- Professionnalisme

L'enseignant est libre de choisir une ou deux étapes à travailler. Le temps investi est limité, l'approche progressive et permet à l'enseignant d'insister sur un nombre limité d'habiletés. Cette méthode permet de prendre du recul sur l'approche systémique de la vidéo que propose Steinert et Pinsky (50, 90).

La liberté et la souplesse d'utilisation permises devrait ainsi être un atout de la SODEV qui peut être adopté par un ensemble d'enseignants aux personnalités, niveau de formation et habitudes propres. Cet aspect modulable facilitant l'appropriation par les MSU est évoqué par De Jongh (46).

2.3.3.4 L'UTILISATION D'UN SUPPORT

D'autres approches de l'enseignement de la communication ont été élaborées s'appuyant sur l'utilisation de guide. Il est ainsi souvent fait référence au cours de notre étude à l'utilisation d'une grille de lecture comme support de travail. Certains l'utilisent dans leur supervision habituelle. Ils reconnaissent son intérêt pour faciliter et structurer la rétroaction.

En ce qui concerne les compétences communicationnelles, la grille de Calgary Cambridge se distingue et dans nos entretiens et dans la littérature. Issue des travaux de Kurtz, elle sert de modèle de référence pour guider l'enseignement et la pratique de l'entrevue (1, 92, 93).

Elle comporte soixante-et-onze items qui recouvrent les compétences communicationnelles en jeu au cours de l'entrevue médicale et identifiées comme associées à de meilleurs résultats de soins.

Ces compétences sont organisées autour de six tâches communicationnelles recouvrant un ensemble d'habiletés à développer :

- Commencer l'entrevue
- Recueillir l'information
- Structurer l'entrevue
- Construire la relation
- Expliquer et planifier
- Terminer l'entrevue

Son utilisation au cours de la SODEV est réputée améliorer la qualité de l'autoévaluation du supervisé (2). Elle permet de fixer des objectifs individuels tout en permettant d'homogénéiser le discours du corps enseignant.

Ce constat est vérifié par les travaux menés sur Poitiers lesquels soulignent l'intérêt de coupler les deux outils (46-48). La grille s'est avérée simple d'utilisation et adaptée aux objectifs. Elle se veut souple dans son utilisation afin de s'adapter aux besoins de l'interne et à l'expérience de l'enseignant. Dès la lecture par l'interne de son enregistrement la grille intervient en structurant son autoévaluation. Elle est gage de qualité et aide l'interne à repérer plus vite ses lacunes. La prise de conscience de son niveau de compétence dans le domaine de la communication et de son besoin de formation conduit l'interne à bénéficier de manière ciblée de l'expertise du MSU. De la même manière, elle facilite la supervision de l'enseignant. La désignation d'objectifs et le suivi de la progression sont simplifiés. La réception par l'interne de la supervision est améliorée.

L'aspect rigide de ces grilles de lecture est toutefois notifié par certains. Elles apparaissent parfois trop lourdes avec des items trop nombreux, pas toujours adaptés à la situation. On retrouve chez Armengau les mêmes critiques à l'encontre de cet outil (44).

Ces éléments ont conduit à la production et à la validation d'autres grilles spécifiquement dédiées à l'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille (94). Déjà utilisée et validée avec la SODEV au Québec la grille proposée par Côté aide l'interne et son enseignant dans l'évaluation et l'enseignement d'une communication efficace (95). Comportant quinze items, elle est plus maniable que la grille de Calgary Cambridge et pourrait être mieux accueillie par les enseignants.

Les alternatives existent donc. Ces grilles méritent d'être proposées aux MSU. Si certains sauront utiliser celle de Calgary-Cambridge en axant leur supervision sur une tâche particulière et les habiletés communicationnelles qui s'y rapportent, d'autres préféreront une grille plus rapide et simple d'utilisation. Ces alternatives mériteront d'être évaluées auprès des enseignants et des étudiants en France.

2.3.3.5 IMPORTANCE DE L'AUTOÉVALUATION, NÉCESSITÉ DE L'HÉTÉRO-ÉVALUATION

L'intérêt pour la SODEV réside aussi dans la possibilité pour l'étudiant de faire son auto-évaluation.

Elle aide l'interne à prendre conscience de l'importance de la communication, de ses forces et de ses lacunes dans ce domaine (46-48). Il est dès lors davantage impliqué dans la discussion pédagogique dont il choisit l'orientation. La capacité de l'étudiant à identifier ses besoins d'apprentissage et les conditions d'enseignement qui lui seront favorables est reconnue (96). Libéré de la pression de la consultation il bénéficie lors de la rediffusion d'un phénomène d'« apesanteur » favorable que les internes interviewés reconnaissent (50, 69). Cette étape facilite aussi le travail de supervision en diminuant la perception de jugement (46, 68).

Mais l'auto-évaluation est souvent décrite par les internes comme le seul élément constitutif du débriefing. Réticents à la supervision par un tiers, ils voient dans la SODEV la possibilité de s'observer en négligeant l'importance d'un tutorat. Les MSU interrogés aussi se contentent parfois de valider ce travail de visualisation de l'interne sans exercer de véritable rétroaction.

Pourtant l'autoévaluation de sa consultation n'est qu'une étape et ne constitue pas une fin en soi. Seul, l'interne n'observe que ce qu'il veut bien voir de sa prestation ; sa capacité à s'évaluer serait même médiocre. L'objectivité et la performance de l'évaluation par un tiers est ainsi reconnue supérieure à la seule autoévaluation dont les limites sont bien documentées (1, 96-98). L'association de la vidéo et d'une grille de lecture ne change pas ce constat (46-48, 86).

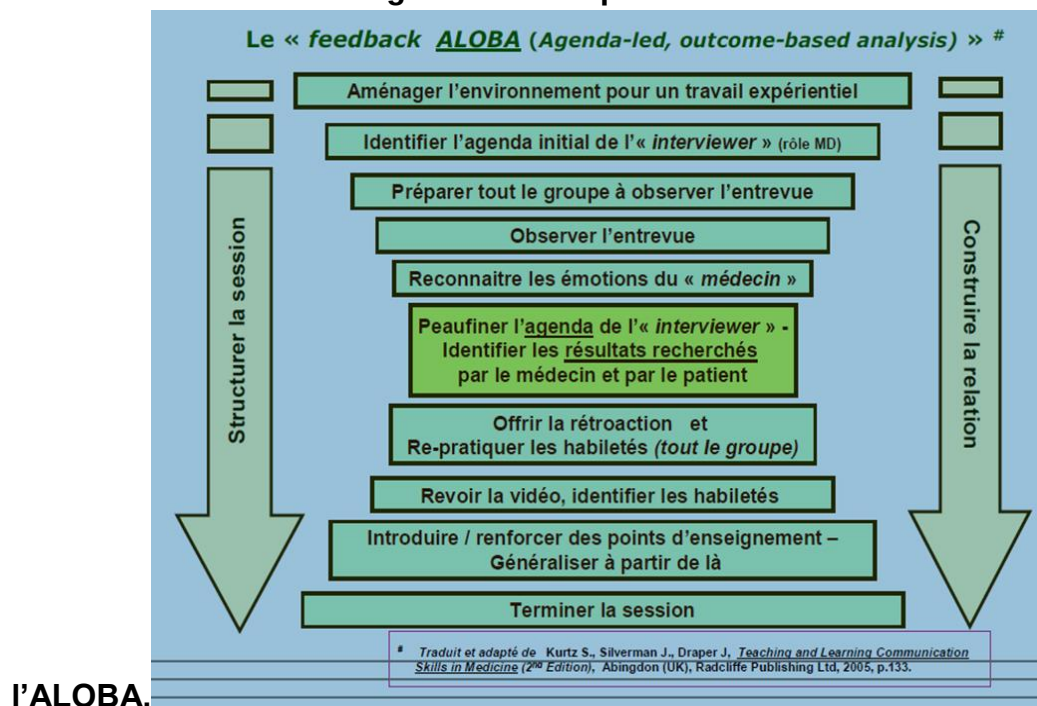
L'hétéro-évaluation s'impose donc pour corriger l'analyse, lever les scotomes et guider les apprentissages. Le supervisé va améliorer ou élaborer de nouvelles compétences à travers l'intervention du maître de stage lequel doit garantir des conditions de rétroaction favorable et acceptables. Il s'agit en effet de deux formes d'évaluation complémentaires et non d'une confrontation de deux points de vue. L'incongruence des discours qui en ressortirait serait source de stratégies défensives de la part de l'interne le conduisant à rejeter la rétroaction (49, 99).

2.3.3.6 L'ALOA

A partir du travail préalable de l'interne et aidé d'une grille de lecture, le MSU formé doit livrer sa supervision. Conscient que cette démarche nécessite d'établir un lien facilitant avec l'interne, certains enseignants définissent les grandes lignes d'une démarche pédagogique plébiscitée au Canada. Il s'agit de l'ALOA (*figure 5*) (100, 101). Elle est citée par un des MSU ayant participé aux expérimentations du DMG de Poitiers. Dans nos entretiens, cette technique, sans être identifiée comme telle, est reconnaissable dans la description que font bon nombre d'enseignants de leur supervision.

Si une grille constitue le support de lecture pour produire le contenu de la séance, l'ALOA constitue la stratégie pédagogique qui favorise la transmission de compétence. C'est une approche centrée sur le supervisé, bienveillante et sans jugement qui utilise les résultats et objectifs de l'interne. Il est associé à la recherche de solutions lesquelles ne lui sont pas imposées. Il lui est ensuite offert de les pratiquer en consultation pour renforcer l'acquisition de nouvelles habiletés. C'est une approche didactico-expérientielle mettant l'accent sur la personne du supervisé pour faciliter l'acquisition et l'amélioration des habiletés relationnelles (74). On retrouve l'ensemble des conditions préalablement étudiées qui conditionnent le bon déroulement de la supervision et favorisent la transmission des compétences.

Figure 5 : Principes de



2.3.3.7 L'ÉVALUATION FORMATIVE ET/OU SANCTIONNANTE

Lors de la rétroaction, les besoins exprimés par les internes sont confrontés à l'évaluation des compétences faite par le superviseur. Ce dernier détermine en accord avec l'interne, les objectifs à couvrir en assurant la concordance avec un programme d'enseignement. Les grilles servent de support à ce diagnostic initial et permettent d'objectiver la progression du supervisé. L'évaluation est donc formative en vue d'établir une prescription pédagogique (51).

Mais les internes redoutent que la SODEV en facilitant l'évaluation objective de leur compétence devienne une épreuve validante. Les MSU interrogés s'intéressent ainsi à la possibilité de rendre une évaluation sanctionnante. Il serait d'ailleurs étonnant que la répétition des supervisions filmées ne rentre pas en compte dans l'évaluation de l'interne en fin de stage.

En Amérique du Nord, le Collège des médecins et chirurgiens du Canada a décidé de dédier une partie de l'examen d'aptitude à la communication avec des entretiens simulés. Il en est de même dans certaines universités américaines où l'examen des compétences relationnelles au cours d'une consultation filmée et simulée a autant d'importance que l'évaluation des connaissances biomédicales (74, 77, 78).

Il faudra rester sensible aux craintes exprimées par les internes lesquels doivent être informés des objectifs poursuivis et des moyens d'évaluation (91).

CONCLUSION

Au final, nous n'observons pas de levée de bouclier quant à l'utilisation de la SODEV lors des stages ambulatoires des internes en médecine générale.

Pour permettre aux futurs praticiens de devenir de bon communicants, compétence essentielle et reconnue du médecin de famille, la SODEV constitue un outil à la fois accessible, acceptable et attendu.

Toutefois il ne suffit pas de fournir des images sans proposer le cadre pédagogique adapté. La préparation des MSU à son utilisation est à ce titre une condition nécessaire pour sa diffusion et éviter des séances d'une portée pédagogique limitée.

L'appréhension des MSU est grande face aux conditions de réalisation et la conduite d'une séance vidéo.

Les obstacles techniques et humains doivent être pris en compte.

Il faut par ailleurs concevoir la SODEV comme un outil au service de l'enseignement de la relation médecin-patient. Elle devrait s'intégrer dans un module d'apprentissage dédié. Un cursus longitudinal associant la SODEV aux autres modes de supervision et à des travaux de groupes (Balint, jeux de rôles,...) devrait permettre de répondre à cette exigence de compétence dans le domaine des relations médecin-patient.

Le champ de recherche reste vaste concernant à la fois ce module d'apprentissage et la place, les modalités, les objectifs et l'efficacité de la SODEV.

Nos résultats permettront alors d'optimiser la mise en place de l'outil.

Bibliographie

Références listées par ordre d'appel dans le texte

1. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. Edition ERPI. 2005.
2. Lussier MT, Goudreau J, Millette B. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale. 2004 ; 5 : 110-26.
3. Lussier MT, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Rapport du groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. SIFEM. 2007 février. Disponible sur: <http://www.sifem.net/images/stories/pdf/groupe detravail communication.pdf>. Consulté le 18 juin 2014.
4. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Rev Prat Med Gen. 2003 ; 17(612) : 653-6.
5. Stiefel MD, Favre N, Despland JN. Communication Skills Training in Oncology: It Works! Recent Results in Cancer Research. 2006 ; 168: 113-119.
6. Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003 sep; 87(5): 1115-45.
7. Beckman HB, Markakis AL, S AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice; Lessons from plaintiff depositions. Archives of Internal Medicine. 1994; 12(154): 1365-70.
8. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. J Am Board Fam Pract. 2002; 15(1): 25-38.
9. Étude fondation MACSF / Harris Interactive. La relation de communication patient-soignant : état des lieux. Mars 2014. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/file/docficsite/pj/7a/8b/a5/ed/dossier-presse-etude-fondation-macsf-harris-interactive4288761828561292096.pdf>. Consulté le 30 septembre 2014.
10. Dareths S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultations. Th. D: Médecine: Bordeaux 2 ; 2011. 149 pages.
11. Lemasson A, Gay B, Duroux G, Lemason JL. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Médecine. 2006 ; 1(2) : 38-42.
12. Doumenc M, Jean-Girard C, Souhami B,. Que perçoit le médecin de l'attente de son patient ? La Rev Prat Med Gen. 1994 ; 8(260) : 41-8.

13. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. BMJ. 1991 nov ; 303(6814): 1385-1387.
14. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns. 1999 jun ; 37(2): 191-5.
15. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – Médecine de famille. Édition 2011 Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
16. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mission évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé & CNGE. Paris : Berger-Levrault. 2010.
17. Mantz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Groupe éthique et responsabilité professionnelle. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2006. 190(6) :1299-302.
18. Bonnaud A, Pottier P, Harrier JH, Dabouis G, Planchon B, et al. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. 2000 ; 5 : 159-166.
19. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. décembre 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021276755>. Consulté le 22 janvier 2015.
20. Université de Bordeaux UFR Sciences médicales. Livret des enseignements DFGSM 2 et 3. 2014/2015. Disponible sur : http://www.u-bordeaux.fr/content/download/12535/96980/version/1/file/LIVRET_DFGSM2_20142015.pdf. Consulté le 22 janvier 2015.
21. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 2 mai 2007 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Juin 2007. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>. Consulté le 22 janvier 2015.
22. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Arrêté du 8 Avril 2013 relatif au régime des études en vues du premier et deuxième cycle des études médicales. Mai 2013. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762>. Consulté le 22 janvier 2015.
23. Département de médecine générale de Bordeaux. Programme d'enseignement du DES de médecine générale. Disponible sur: <http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/enseignement/programme.html>. Consulté le 22 janvier 2015.

24. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bsmuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Medecine*. 2011 oct ; 7 (8) : 381-5.
25. Collège des généralistes enseignants d'Aquitaine. Livret du Maître de stage. 2011. Bordeaux.
26. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 jun ; 292(6535): 1573-1576.
27. Howard B, Beckman H-B, Richard M, Frankel R-M. The use of videotape in internal medicine training. *Journal of General Internal Medicine*. 1994 sept ; 9(9) : 517-21.
28. 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: 1800-1805.
29. Durieux W. Le cursus du résident à Montréal. *La revue du praticien Médecine Générale*. 2002 ; 94 : 1769-70.
30. Jones R. Why do qualitative research ? *BMJ*. 1995; 311:2.
31. L'Evidence Based Medicine apporte-t-elle également une réponse aux questions complexes? *Minerva*. 2005 ; 4(2) : 18.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A M, Imbert P, Letrillart L et le GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008 ; 19(84) : 142-5.
33. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract*. 1995 ; 12 : 104-14.
34. Tchimbakala D. Les approches théoriques en recherche qualitative et la théorie ancrée. DUMG Paris 13. 2015 jan. Disponible sur : http://www.dmcp13.fr/IMG/pdf/150128_analyse_quali_diapo3_aides.pdf Consulté le 20 novembre 2015.
35. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*. 1994 ; 23 : 147-81.
36. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009. Version 1.0. Disponible sur : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf> Consulté le 20 novembre 2014.
37. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse*. 2004 sept. 22 ; 503.
38. Combessie JC. La méthode en sociologie. (7ème ed.). Repères : La Découverte. 2007.
39. Brittein N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995; 311: 251-3.
40. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*. 2002 ; 3 : 81-90.
41. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de médecine générale. Mémoire de médecine générale. Faculté Lyon Nord ; 2004. Disponible sur:

http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf. Consulté le 1 décembre 2014.

42. Revillard A. Préparer et réaliser un entretien. Mémoire en méthodes qualitatives en sciences sociales. Mémoire Ecole normale supérieure de Cachan ; 2007. Disponible sur: <http://www.etudier.com/sujets/aide-m%C3%A9thodologique-r%C3%A9aliser-un-bon-entretien-revillard/0>. Consulté le 1 décembre 2014.
43. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition Aire urbaine. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aire-urbaine.htm>. Consulté le 22 février 2016.
44. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale. Opinions d'internes en médecine générales sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. Th. D : Médecine : Nice : 2011. 77 pages.
45. Pailhé E. Avantages et inconvénients de la supervision vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication. Enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Th. D : Médecine: Grenoble : 2012. 119 pages.
46. De Jongh N. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecin générale. Enquête qualitative auprès de maîtres de stage. Th. D: Médecine: Poitiers: 2014. 136 pages.
47. Dumange L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecin générale. Enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes. Th. D: Médecine: Poitiers: 2014. 158 pages.
48. Houdusse A. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecin générale. Enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès des internes. Th. D: Médecine: Poitiers: 2014. 151 pages.
49. Edwards A, Tzelepis A, Klinggbeil C, Melgar T, Speece M, et al. Fifteen years of a videotape review program for internal medicine and pediatrics residents. Acad Med. 1996 jui; 71 (7): 744-8.
50. Steinert Y. Twelve tips for using videotape reviews for feedback on clinical performance. Med Teach. 1993;15(2-3):131-133.
51. Durieux W. La supervision : un outil pédagogique dans la formation du résident en médecine générale. Th. D: Médecine: Bordeaux: 1998. 151 pages.
52. Delahaye-Guillaucheu V, Jeannet A, Vernerey M, Mallet F, Pitoors JP. Création de la filière universitaire de médecine générale. Inspection générale des affaires sociales. 2007 Mars. Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000231.pdf> Consulté le 12 novembre 2015.

53. Accueillir un interne ou un externe en stage à son cabinet: pourquoi pas? Extrait de La lettre de l'Union. 2012 mars. Disponible sur http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/urps-med-idf-accueillir-un-stagiaire.pdf. Consulté le 13 novembre 2016.
54. Lutte contre les déserts médicaux : présentation du Pacte territoire santé 2. Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Communiqués publié le 26 Novembre 2015. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lutte-contre-les-deserts-medicaux-presentations-du-pacte-territoire-sante-2>. Consulté le 24 janvier 2016.
55. Réouverture des formations pédagogiques. CNGE communication octobre 2015 Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_formation/reouverture_des_formations_pedagogiques//. Consulté le 11 novembre 2015.
56. Drouais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. 31 mars 2015 Rapport au Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Marisol Touraine 91p. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante.html>. Consulté le 12 novembre 2015.
57. Pelletier M. Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage. Th. D: Médecine: Bordeaux: 2013. 156 pages.
58. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. 2005; 6(2): 98-111.
59. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Nos missions. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/nos-missions-867>. Consulté le 20 décembre 2015.
60. Ministère de la justice. Décret n°2005-1309 pris pour l'application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. 20 octobre 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006052581&dateTexte=20090319> . Consulté le 20 décembre 2015.
61. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Modèles de mentions légales. Disponible sur: <http://www.cnil.fr/vos-obligations/informations-legales/> . Consulté le 20 décembre 2015.
62. Collège National des Généralistes Enseignants. Guide pratique du MSU ECA. Editions L&C. 2012, volume 1.
63. Campbell LM, Howie J, Murray Br TS. Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. J Gen Pract. 1995 Mar; 45(392): 137-141.
64. Servant JB, Matheson JA. J R Video recording in general practice: the patients do mind. Coll Gen Pract. 1986 Dec; 36(293): 555-6.

65. Herzmark G. Reactions of patients to video recording of consultations in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Aug; 291(6491): 315-7.
66. Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Stott NC, Verby J, et al. Teaching with audiovisual recordings of consultations. *Gen Pract*. 1980 Jun; 30(215): 333-6.
67. Cayer S, St-Hilaire S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe. Perceptions d'ex-résidents en médecine familiale. *Can Fam Physician*. 2001 Dec; 47: 2494–2499.
68. Martineau B, Girard G, Boule G. Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident : une recherche qualitative. *Pédagogie médicale*. 2008; 1:19-31.
69. Lambelet D. « Image, dis-moi... » ou la formation à l'aide de la vidéo. *Revue des sciences de l'éducation*. 1990; 16(3): 405-414.
70. Turgeon J, St Hilaire S. La supervision directe en médecine familiale...L'expérience d'une résidente. *Pédagogie Médicale*. 2001; 2 : 199-205 .
71. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract*. 1990 Nov; 40(340): 455-458.
72. Petite E. Obstacles a la supervision indirecte en SASPAS a Grenoble : identification par les maîtres de stage et perspectives d'amélioration. Th. D: Médecine: Grenoble: 2011. 93 pages.
73. Côté L. La supervision des résidents en médecine familiale. Compétences et qualités. *Can Fam Physician*. 1993 Feb; 39: 366-372.
74. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. *Can Fam Physician*. 1993 Sep; 39: 2006-2012.
75. Richard C, Lussier MT, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010; 11 (4): 255-272
76. Makoul G. Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *PhD JAMA*. 2003; 289(1): 93.
77. Association of American Medical Colleges. Report 3 of the Medical School Objectives Project : Contemporary Issues in Medicine. Communication in medicine. Washington DC : AAMC, 1999.
78. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpatis AE, Snyder CW, Lazare A, Lipkin M Jr. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003 Sep 3; 290(9): 1157-65.
79. Weissmann PF. Teaching Advanced Interviewing Skills to Residents: A Curriculum for Institutions with Limited Resources. *Med Educ Online*. 2006; 11(3).
80. Deveugele M, Anselme D, Willems S, Maesschalck S, Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Education and Counseling*. 2005 Sep; 3(58): 265-270.

81. Parthenay P. Harmonisation d'un module d'enseignement sur la relation médecin-patient. Mémoire pour le DIU de Pédagogie Médicale, Poitiers; 2009. Disponible sur: [HTTP://FMC.MED.UNIV-TOURS.FR/PAGES/DIU-PEDAGOGIE/PARTHENAY.PDF](http://fmc.med.univ-tours.fr/pages/diu-pedagogie/partialenay.pdf). Consulté le 20 novembre 2015.
82. Even G. Enseigner la relation médecin-malade. Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. Pédagogie Médicale. 2006; 7: 167-73.
83. Senand R, Bonnaud Antignac A, Caillet D, Goronflot L. L'extension de l'enseignement de la relation médecin/patient à l'apprentissage du professionnalisme est-elle possible? Exercer. 2009; 85: 16-24.
84. Couraud F, Pruvot FR. Proposition pour la formation initiale et la formation tout au long de la vie. Rapport aux ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. 2015 Juin. Disponible sur: [HTTP://CACHE.MEDIA.EDUCATION.GOUV.FR/FILE/FORMATION CONTINUE/80/9/RAPPORT_G3C2_080615V2_449809.PDF](http://cache.media.education.gouv.fr/file/formation_continue/80/9/RAPPORT_G3C2_080615V2_449809.PDF). Consulté le 20 décembre 2015.
85. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. Patient Educ Couns. 2004; 54(1): 119-121.
86. Scheidt PC, Lazoritz S, Ebbeling WL, Figelman AR, Moessner HF, Singer JE. Evaluation of system providing feedback to students on videotaped patient encounters. J Med Educ. 1986 Jul;61(7):585-90.
87. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;21(6):563-70.
88. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. BMJ. 2002 Sep; 325(7366): 697-700.
89. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. Pédagogie Médicale. 2009; 10 (3): 193-210.
90. Pinsky LE, Wipf JE. A picture is worth a thousand words: practical use of videotape in teaching. J Gen Intern Med. 2000 Nov; 15(2-3): 131-9.
91. Eaton W. Analyse de vidéos. Approche axée sur les compétences en communication pour les précepteurs en milieu communautaire. Can Fam Physician. 2014 jan; 60(1): 92-94.
92. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic Medicine. 2003; 8 (78): 802-809.
93. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating With Patients. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
94. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills-a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. Psychosom Med. 1998 May-Jun; 60(3): 268-76.

95. Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. *Can Fam Physician*. 2001 Mars; 47(3): 512-518.
96. Colthart I, Bagnall G, Evans A, Allbutt H, Haig A, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. 2008; 30(2): 124-45.
97. Dory V, De Foy T, Degryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable, finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale. *Pédagogie Médicale*. 2009; 10 (1); 41-53.
98. Martin D, Regehr G, Hodges B, McNaughton N. Using videotaped benchmarks to improve the self-assessment ability of family practice residents. *Acad Med*. 1998 Nov; 73(11): 1201-6.
99. Dory V. Miroir, mon beau miroir. *Pédagogie Médicale*. 2014; 15(2): 69-72.
100. Millette B, Galarneau S, Lusier MT, Richard C. L'ALOA: Agenda-led, outcome-based analysis. Une stratégie de rétroaction constructive et proactive pour l'apprentissage de la communication professionnelle en situation clinique. 2010 juin. 5ème forum pédagogique. Disponible sur: <http://www.sifem.net/images/stories/pdf/doc-accomp-aloba-juin2010-vers-mod-18juin.pdf>. Consulté le 12 décembre 2015.

101. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching: Agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. *Educ Gen Pract*. 1996; 4: 288-299.

ANNEXES

Annexe 1 : Courriel aux DMG

Mesdames, Messieurs les directeurs des départements de médecine générale,

Je débute un travail de thèse à propos de l'utilisation de la vidéo (avec enregistrement des consultations) comme outil de formation des internes lors de leur stage chez le praticien. Il s'agira de recueillir et d'analyser les freins à son utilisation.

Dans ce cadre, je vous saurais gré de m'indiquer le moyen de contacter les MSU de votre département qui ont eu l'occasion d'utiliser cet outil pédagogique.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués.

Philippe Rouland

Université Bordeaux Segalen

Annexe 2 : Guide d'entretien, 1ère version

Prise de contact (téléphone ou courriel) :

« Bonjour,

La vidéo n'est pas ou peu utilisée en France dans l'enseignement de la communication professionnelle, alors qu'elle l'est dans d'autres pays. Je travaille sur une thèse qui a comme objectif d'identifier les freins à son utilisation . Pourrions-nous nous rencontrer ? »

Philippe Rouland

Rappel du titre :

La supervision vidéo pour l'apprentissage de la communication : identification des freins à son utilisation au cours de la formation des internes de médecine générale en stage chez le praticien.

1° partie Questionnaire descriptif :

Vous êtes... ?

Si médecin généraliste

- Préciser année d'installation , nombre d'années comme maître de stage et statut universitaire.
- Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur le sujet de la communication médecin/patient ?
Si oui avez-vous également suivi une formation spécifique sur son apprentissage / enseignement ?
- Avez-vous une expérience de la supervision vidéo ? le oui renvoie au troisième guide d'entretien, le non au premier.

Si interne de médecine générale,

- Stage chez le praticien effectué ? SASPAS ?
- Combien de consultations effectuez-vous en moyenne par jour au cours du stage ?
- Expérience de la supervision vidéo ? le oui renvoie au quatrième guide, le non au second

2° partie Questionnaire semi-directif (en fonction du statut établi) :

Étude auprès des maîtres de stage n'ayant pas d'expérience de la supervision vidéo

- a. De quelle manière abordez-vous les thèmes de la communication, des techniques d'entretien au cours de la supervision directe ? explorer la méthode, les outils pédagogiques, l'organisation spatiale/temporelle.
- b. Quelle serait selon vous l'utilité d'un enregistrement vidéo de la consultation de l'interne pour en faire un temps de formation supplémentaire pour aborder ces mêmes thèmes (rappel) ?

Si utilité exprimée :

- Quels sont selon vous les freins à sa mise en place ?
- Si vous envisagiez d'employer prochainement la supervision vidéo, comment imagineriez-vous la réaliser ? (aborder le matériel, le temps, le besoin de formation préalable, d'outil pédagogique,...)

Étude auprès des internes n'ayant pas d'expérience de la supervision vidéo

- a De quelle manière sont abordés les thèmes de la communication, des techniques d'entretien au cours de la supervision directe ?
- b Quelle serait selon vous l'utilité d'un enregistrement vidéo de la consultation pour en faire un temps de formation supplémentaire pour aborder ces mêmes thèmes (rappel) ?

Si utilité exprimée :

- Quels sont selon vous les freins à sa mise en place ?
- Si l'on vous propose prochainement la supervision vidéo, comment imagineriez-vous la réaliser ?

Étude auprès de maîtres de stage ayant utilisé la supervision vidéo

- a. Quelles motivations vous ont conduit à proposer à vos internes des séances de supervision vidéo ?
- b. Comment organisez vous les enregistrements ? l'analyse des enregistrements ?
- c. Quels avantages avez-vous tiré de cet outil que les autres formes de supervision ne permettent pas ? pour vous / pour l'interne ?
- d. A quels obstacles avez-vous été confronté lors de l'organisation et la tenue de ces séances ? Quels outils avez vous développés pour améliorer ce constat ? Persiste-il des difficultés ?
- e. Quel est selon vous l'avenir de cette méthode (lieux, niveau) ? et quelles pistes proposeriez-vous pour en faciliter l'usage ?

Étude auprès des internes ayant utilisé la supervision vidéo

- a. Quelles motivations vous ont conduit à vous prêter à la supervision vidéo proposée par votre enseignant ?
- b. Comment s'organisent les enregistrements ? l'analyse des enregistrements ?
- c. Dans quels domaines la supervision vidéo vous a semblé utile ?
- d. A quels obstacles avez-vous été confronté lors de l'enregistrement ? lors de l'analyse avec votre senior ? Quels outils avez-vous développés pour améliorer ce constat ? Persiste-t-il des difficultés ?
- e. Quel est selon vous l'avenir de cette méthode (lieux, niveau) ? et quelles pistes proposeriez-vous pour en faciliter l'usage ?

Remerciements et proposition de retour des résultats

Notes (liste des thèmes et notions à préciser en cours d'entretiens) :

Annexe 3 : Guide d'entretien, dernière version (auprès d'un enseignant utilisant la SODEV)

Rappel étude sur les freins à la supervision vidéo, outil de formation à la communication.

Informé début enregistrement et vérifier temps disponible et calme assuré.

Questionnaire descriptif :

- Préciser année d'installation, nombre d'années comme maître de stage et statut universitaire.
- Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur le sujet de la communication médecin/patient ?
- Si oui avez-vous également suivi une formation spécifique sur son apprentissage / enseignement ?
- Avez-vous une expérience de la supervision vidéo ? le oui renvoie au troisième guide d'entretien, le non au premier.

Questionnaire semi-directif :

Marquer rupture :

Maintenant que je cerne mieux votre pratique on va s'intéresser au cœur de notre entretien.

- L'analyse des résultats déjà obtenus fait apparaître que c'est un outil peu connu et réservé à quelques initiés, qu'en pensez-vous ?
- Comment y êtes-vous venu ? (explorer les sources, intérêt porté à la communication et à la pédagogie, participation à des formations)
- Quelles motivations vous ont conduites à proposer à vos internes des séances de supervision vidéo ?
- Apports ?
- Quels avantages avez-vous tiré de cet outil que les autres formes de supervision ne permettent pas ? pour vous / pour l'interne ?

- Quel ressenti ou retour avez-vous de l'interne ?
- Que lui apportez-vous avec la vidéo que vous ne lui apporteriez pas sans ?
- Organisation ? Comment organisez-vous les enregistrements ? l'analyse des enregistrements ?
- Si besoin, proposer de décrire la dernière séance.
- Obstacles rencontrés ?
- A quels obstacles avez-vous été confronté lors de l'organisation et la tenue de ces séances ? Quels outils avez-vous développés pour améliorer ce constat ?
- Persiste-il des difficultés ?
- Perspectives d'avenir ?
- Quelles conditions selon vous à sa généralisation ? ou dans quelles conditions ?
- Quel est selon vous l'avenir de cette méthode (lieux, niveau) ? et quelles pistes proposeriez-vous pour en faciliter l'usage ?
- Il semble que les enseignants expriment un fort besoin de formation préalable, qu'en pensez-vous ?
- Travaux en cours ?
- Existe-t-il des travaux ou des projets concernant la SODEV au sein de votre département ?

Remerciements et proposition de retour des résultats

Notes (liste des thèmes et notions à préciser en cours d'entretiens) :

Annexe 4 : Retranscription des entretiens n°3, 6 et 10.

L'ensemble des entretiens est disponible via le serveur Dropbox à l'adresse :

Mot de passe

Entretien n°3, enregistré le 06-10-2014 via Skype

Interne ayant l'expérience de la supervision vidéo.

Durée 29'

Q- Alors l'enregistrement a débuté. Pour commencer je souhaiterai vous situer dans votre cursus universitaire, où vous en êtes de vos semestres ?

- Je finis mon internat le mois prochain. Là je fais mon semestre de gynéco-pédia.

Q- Quand avez-vous effectué le stage chez le praticien ?

- En 2^{ème} semestre chez le Dr L. et A. à P.

Q- Avez-vous effectué un SASPAS ?

- J'aurai bien voulu mais il ne restait pas de place dans ce coin et je n'étais pas en mesure de changer de région.

Q- Vous vous destinez donc à la médecine générale ?

- Oui. C'était un choix avant l'ENC. Je crois que dès ma quatrième année mon choix était fait. Du coup c'était plus facile pour moi de travailler..., enfin de préparer l'internat, moins de pression. Et puis maintenant je me pose moins de questions je crois, que ceux qui ne savent toujours pas ce qu'ils font ici.

Q- Combien de consultations effectuez-vous en moyenne par jour au cours du stage ?

- C'était très variable entre mes deux séniors. Chez l'un c'était plutôt tranquille genre dix consultations par jour alors qu'il n'y avait pas de différence sur le planning chez l'autre praticien selon que c'était lui ou moi. Je pense que c'est ...comment dire,

l'environnement qui joue. En rural les patients se posent peu de questions et mes créneaux se remplissent. Les patients font la différence mais jouent le jeu et sont habitués. En ville ils viennent moins, ils attendent le retour de leur docteur. Après je sais pas, est-ce que c'est la fait du nombre de médecins disponibles ou de l'habitude de voir un interne dans le cabinet. En tous cas j'ai fait quelques remplacements depuis et c'est la même chose, je bosse moins en ville.

Q- Combien chez le deuxième ?

- De 20 à 30 je pense, ça remonte un peu, mais je me souviens de rentrer crevé à la maison le soir donc oui 25 en moyenne probablement.

Q- Si je vous ai contacté c'est qu'il vous a été proposé de réaliser des consultations filmées c'est bien ça ?

- Oui avec le Dr A. En fin de stage, on en a fait trois.

Q- Comment cela vous a-t-il été proposé, comment l'avez-vous pris ?

- Bien je crois (*temps de réflexion*), en fait j'étais déjà au courant.

Q- C'est à dire ?

- J'avais appelé avant le choix de stage l'interne qui travaillait chez eux pour savoir quel stage j'allais choisir. C'était aussi écrit dans une évaluation qu'on fait entre internes des stages.

Q- Qu'est ce qui était écrit ?

- Juste que l'on était parfois filmé en consultation. C'était noté de manière positive si je me souviens bien dans un espèce d'item du genre qualité formative ou pédagogique. On n'en disait pas beaucoup plus et ce n'est pas vraiment ce qui a fait mon choix. (*silence*) Je veux dire que je n'ai pas choisi le stage pour la vidéo. C'est plutôt la localisation, les jours de repos et disons la notation globale. Comme tout le monde quoi. Et pour les films on me disait juste que dans ce stage on pouvait être filmé mais c'est tout.

Q- Et une fois en stage comment est que ça s'est mis en place ?

- Je ne me souviens pas avoir abordé le sujet au début mais peut être que lui l'a fait le jour de la rencontre. Je crois qu'il m'avait dit qu'on ferait plus tard une vidéo. Il me l'a redit en milieu de stage qu'il voulait organiser des consultations avec la caméra. Ça fait deux ans je crois alors oui c'est vers le milieu de stage qu'il m'en a reparlé. Après pour la mise en place moi je ne faisais rien c'est lui qui préparait le film.

Q- Vous avez accepté ?

- Je ne suis pas du genre à refuser ce que les chefs me demandent. Et lui il en imposait un peu. C'est le médecin de campagne à l'ancienne. Alors oui. Il était pas méchant, c'est pas ça mais il arrivait à maintenir une distance comme entre un élève et un prof au collège. Alors quand on te donne des devoirs tu les fais.

Q- D'accord mais dans des circonstances disons plus libres vous auriez fait le même choix ?

- Difficile à distance. Je ne sais pas mais de manière rétrospective je vois pas trop pourquoi j'aurai dit non. Mais il ne m'a pas forcé non plus. Il m'a bien demandé si j'étais OK. (*silence*) Je ne pense pas qu'il m'aurait forcé. Et maintenant je suis content de l'avoir fait.

Q- Parce que vous n'étiez pas content avant de le faire ? Vous aviez des raisons qui auraient pu vous amener à refuser ?

- Ça ne me dérange pas ce film donc je sais pas trop. Mais c'est comme quand on vous donne des devoirs, on s'en passerait bien. C'est mon côté petit élève. Bien sûr ça m'a fait un peu peur mais pas plus qu'un début de stage et d'autant plus le stage prat. où l'on fait rapidement des consultations devant un autre. Le film c'est forcément un peu stressant. Mais voilà pas plus je crois que les autres premières fois (*rires*) et puis rapidement on ne s'en souvient pas. On finit par ne plus faire attention à la caméra. Et puis après trois mois de stage on a un contact plus facile.

Q- Avec qui ?

- Plus facile avec l'enseignant je veux dire. Mais les patients aussi si c'est ta question.

Q- Tu parles de stress, de peur. Qu'est ce qui la sous-tend ?

- Comme toujours je crois, c'est la peur de mal faire ou pas assez bien. J'ai toujours du mal à faire des choses en étant surveillé ou même juste devant quelqu'un. Je pense pas qu'ils nous veulent du mal ou nous dire que ce qui va pas mais c'est comme ça. Après je dois pas être le seul. Depuis qu'on est externe j'ai rarement vu quelqu'un se précipiter pour répondre ou faire quelque chose devant les autres. En fait c'est plus dur devant d'autres internes. Les consultations devant le médecin qui dit rien j'aime pas du tout. On arrive pas à savoir si ils sont d'accord ou pas avec nous. Alors la vidéo à côté je trouve ça moins gênant. Pendant l'enregistrement en tout cas parce qu'après pendant le visionnage là on regarde avec lui. Mais bon la consultation est passée donc y a cette pression en moins et puis on peut se défendre en même temps.

Q- Tu viens de parler de défense, pour quelles raisons ressentez-vous le debriefing comme une attaque ?

- C'est vrai j'y vais un peu fort. En fait c'est comme ça que je l'anticipe. Après en fait ça relève plus du dialogue avec un confrère qu'une notation, donc ça se passe bien. J'aurais pas dû utiliser ce mot, on peut revenir en arrière ? (rire) Non simplement ce que je veux dire c'est qu'on a envie de plaire et de bien faire ou surtout sur la vidéo de montrer qu'on bosse bien et qu'il peut continuer à nous laisser ses patient. Donc ça fait monter la pression mais après la discussion ça se passait bien à chaque fois, c'était pas une validation c'était plus quelque chose de constructif.

Q – Bon, entendu pour les plaintes. Et à l'inverse est-ce que certains objectifs ou des motivations t'ont amené à accepter plus facilement d'être filmé ? Parce que ce stage avec la vidéo tu l'avais choisi en connaissance finalement.

C'est vrai. En tout cas ça ne m'a pas repoussé. Mais je pense que c'est plus le côté formateur, les horaires, le temps de libre qui m'a amené à choisir le stage. Mais je l'ai déjà dit. Pour ce qui est d'être filmé en fait je savais pas trop ce qu'on allait en faire. Ce n'est que maintenant dans mes consultations que je me rends compte de ce que ça m'a apporté. La façon de construire sa consultation, de recevoir, de parler c'est pas du tout quelque chose qui me préoccupait. Maintenant je me pose parfois en fin de consultation des questions sur la façon dont je me suis comporté en consultation ou les mots que j'ai choisis. Et ce sont ces vidéos qui m'ont ouvert les yeux sur toutes ces choses. En tout cas j'ai appris à m'observer et à faire attention à la façon de gérer ma consultation. Pas sur le plan médical je veux dire, c'est surtout le choix des mots, la gestuelle, toutes ces choses qu'on n'apprend pas ailleurs.

Q- Des exemples de consultations récentes où tu es revenu sur ta façon de faire ?

- (*silence*) Je ne sais pas précisément en fait. Je dirai que soit c'est une consultation dont je suis content et à la fin je me dis que j'ai répondu aux questions et qu'il va bien suivre ce qu'on a dit ou à l'inverse c'est les ratées ou y a ce sentiment d'être passé à côté. Et je passe une minute à me demander comment j'aurai pu faire autrement.

Q- Comment expliquer que deux années après les consultations filmées ça joue encore sur tes consultations ?

- Je sais pas. C'est marquant quand même de se voir. Et puis c'est nous qui nous regardons donc en s'en souvient bien de nos erreurs. Du coup je pense que je refais un peu ce que je faisais en regardant la vidéo. Je cherche ce qui est pas bien et comment faire mieux. Le reste du temps c'est les profs. qui nous le disent et on apprend pas à se juger.

Q- D'accord et la vidéo te paraît un outil de formation dans quels domaines?

Je vais reprendre ce que je disais là. Je suis plus attentif aujourd'hui à ma façon de parler et d'écouter. Et surtout ce que je disais j'ai appris à réfléchir ou à critiquer ma propre consultation. C'est ce que je fais depuis rapidement après quelques consultations. Et à chaque fois ça me renvoi à ce que l'on faisait avec les films. J'y repense donc je pense que c'est là que j'ai appris à le faire. Ça me serait peut-être jamais venu tout seul. Après c'est comme ça qu'il me demandait de travailler ma vidéo, d'être attentif à mes attitudes et à celles du patient, comment je l'accueillais (*silence*). On parlait pas beaucoup de ma prescription ou de mes questions. Enfin je veux dire qu'il voulait pas que je corrige ça. Le thème c'était vraiment la communication.

Q- Comment s'est mise en place l'utilisation de la vidéo ? En terme de temps, de matériel.

- C'était au milieu de stage. J'avais commencé des consultations seul et on débriefe le soir. Je pense qu'il savait comment m'y amener puisque c'est à force de discuter du langage corporel ou de la façon d'interroger. Et puis il a proposé de filmer des consultations pour les regarder ensemble.

Q- En pratique comment se passe la mise en place, le choix de la consultation, le nombre de consultation ?

- Tout était prêt en fait. Il avait une webcam dans ses tiroirs. Il suffisait de la brancher si le patient était d'accord. Et à la fin de la consultation j'enregistrai sur le bureau la vidéo comme ça on pouvait pas la perdre. Il me demandait de filmer une consultation

et je pouvais la supprimer pour en choisir une autre si ça me plaisait pas. Je l'ai pas fait bien sûr. En tout cas il pouvait pas m'empêcher de le faire *(rire)*.

Q- Et au final combien de vidéos aviez-vous filmées ?

- Pas beaucoup, trois je me souviens. Mais ça prend déjà du temps.

Q- Et comment se déroulait l'analyse ?

- Ça se faisait le soir même. En fait au lieu de faire patient après patient sur toute la journée on se consacrait à la vidéo mais je pouvais quand même caser cinq minutes pour les patients dont je voulais parler. On regardait la vidéo ensemble ou une fois quand on avait le temps moi tout seul et ensuite il me demandait ce que j'en pensais *(silence)* je crois que j'avais toujours un peu honte de mon travail, comme si je voyais que les erreurs. Mais lui commençait toujours par me dire ce qui était bien comme en début de stage quand je consultais avec lui. *(silence)*

Q- Et après les bons points ?...

- En fait ça ressemblait aux autres soirs, après il rebondissait sur ce que j'avais trouvé faire mal et il rebondissait dessus pour corriger des choses ou me donner des astuces.

Q- Mais alors quelle différence avec les autres soirs ?

- *(silence)* Je pense que je voyais avec lui de l'extérieur ma façon d'être et de faire la consultation. En fait c'était moi le maître de stage. Il me laissait faire son job. Alors j'étais comme lui capable de critiquer le travail. Quand on ne filme pas on ne fait pas ce travail soi-même. Il n'y a que le médecin qui dit ce qu'il en pense mais nous on ne peut pas juger notre travail enfin pas autant.

Q- Comment structuriez-vous le débriefing ?

- C'est à dire ?

Q- Est-ce que vous aviez une grille d'analyse ou des lectures pour vous guider ?

- Moi non. Je suppose que lui avait lu des choses sur la vidéo. Je ne pense pas qu'il ait inventé. De toutes façons c'est lui qui guidait l'analyse, qui posait des questions.

Q- Tu as parlé de regard extérieur apporté par la vidéo. Aujourd'hui est-ce que tu imagines ou vois d'autres intérêts à utiliser la supervision vidéo ?

- En fait le regard extérieur c'était plutôt le moyen qu'on a grâce à la vidéo pour progresser. Il m'a beaucoup fait travailler sur ma gestuelle et l'attention à porter aux attitudes du patient. J'avais des œillères avant et j'étais trop peu à l'aise en consultation pour le voir. Du coup sans la vidéo pour me repasser la scène je pense pas juste en le disant après la consultation que ça m'aurait marqué autant. Là en plus c'est moi en regardant la vidéo qui m'en rendait compte.

Q- OK alors je reviens un peu dessus mais maintenant penses-tu à d'autres domaines où tu as progressé une fois filmé ?

- La coupe de cheveux peut-être je me souviens j'ai pris rendez-vous le jour après le premier film. Je trouvais que j'avais pas une bonne tête, un peu brouillon quoi, ça faisais pas propre. Ma mère avait raison (*rires*).

Q- Comment était installée la caméra ? Tu parles du physique mais du coup est-ce que l'examen était filmé ?

- Non on avait le son juste et encore on n'entendait pas tout et de toute façon avec les blancs parfois on accélérail.

Q- A quels obstacles aviez-vous été confrontés lors de l'enregistrement ?

- Je me souviens j'avais pas envie dès le début de demander au patient s'il était d'accord pour être filmé. Et puis j'avais peur de perdre du temps en explications. C'est comme pour demander l'argent en fin de consultation j'étais pas à l'aise au début. Je suis comme ça j'ai l'impression que c'est à moi de donner quelque chose pas au patient et là je lui demande son accord. Mais on m'a toujours dit que j'étais timide ça doit être ça.

Q- Et alors comment s'en tirer? Vous aviez eu des refus ?

- De toute façon fallait bien passer le pas pour avoir un film le soir. Alors je faisais le plus souvent soit la première consultation car le patient à souvent 5 minutes d'avance soit la dernière car on peut plus se mettre en retard. Mais j'ai jamais eu de refus.

Q- C'est des consultations qui prennent du temps ?

- Et bien sachant qu'on est filmé on fait un peu attention à tout. C'est toujours cette peur de mal faire. Alors on pose plus de questions que d'habitude, on fait répéter... (silence) et au final c'est peut être encore plus brouillon. Mais c'est facilement des consultations de 25 minutes oui.

Q- Des problèmes lors de l'analyse avec le senior ?

- Non pour moi c'était pas différent qu'après une consultation avec lui à côté sauf que là pendant la consultation je sentais pas sa présence. Pas l'impression que ma consulte est analysée en live. Et puis j'avais déjà l'habitude de discuter avec lui des consultations.

Q- C'est un avantage de la vidéo le fait d'être vu par le senior ensuite et de ne pas voir sa présence physique pendant l'examen ?

- J'en ai pas fait beaucoup. Mais c'est sûr que je préfère voir la vidéo avec lui que l'avoir dans mon champ de vision, muet pendant la consultation. (Silence) Oui c'était le plus difficile pour moi les consultations avec lui comme si on me jugeait en direct avec la peur de mal faire ou de pas faire comme lui aurait voulu le faire.

Q- Quels outils aviez-vous développés pour améliorer ce constat ?

- En fait là les consultations filmées même si j'en ai fait que trois c'était plus facile je viens de le dire à supporter. Et puis dans le même temps de toute façon je terminais les consultations avec le senior. Donc le problème n'existait plus.

Q- Quel est selon toi l'avenir de cette méthode ? Quelles pistes proposer pour en faciliter l'usage ?

- Je suppose qu'elle a toute sa place. C'est vraiment quelque chose de nouveau. (silence) ou plutôt de différent. J'avais jamais vraiment réfléchi à ces choses-là avant les films. C'est aussi le Dr L qui était très porté sur ça. Du coup quand on est encadré c'est très formateur. Par contre je pense qu'il faut en faire plus. Ça ne prend pas plus de temps de toute façon que le débriefing habituel où l'on parle tout seul de patients ou de problèmes que le médecin généraliste n'a pas vu.

Q- C'est à dire sur quelles choses ?

- Et bien sur la façon de parler, d'écouter. C'est à la mode de plus en plus quand on lit les articles de médecine générale et c'est la seule occasion que j'ai eu d'aborder,... enfin de m'améliorer là-dessus.

Q- Tu penses à la maîtrise de stage ?

- Je ne sais pas, pas réfléchi à ça pour l'instant je remplace donc non.

Q- Et alors utiliserez-tu, si jamais, la supervision vidéo ?

- Pareil je ne sais pas... (*silence*) j'ai trouvé ça intéressant mais je ne me sens pas pour l'heure de faire la critique d'un mec qui aura sans doute le même niveau que moi.

Q- Entendu, merci si tu as quelque chose à rajouter...

- Non je ne vois pas

Q- Alors merci encore pour ta participation, je vais arrêter les enregistreurs.

Entretien n°6, enregistré le 05/11/2014

Enseignant n'ayant pas d'expérience de la SODEV

Durée 42'

Q- Alors après ces quelques précisions je vais démarrer l'enregistrement et resituer mon travail. Commençons par rappeler que la thèse porte sur la supervision vidéo des internes en stage chez le praticien et son intérêt dans la formation à la communication, aux techniques d'entretiens... Pour ce qui est de votre recrutement c'est en tant que maître de stage et enseignant dans ces mêmes domaines que je vous ai proposé de participer... et je vous remercie d'avoir accepté cet entretien. Voilà alors simplement pour commencer je m'intéresse à votre expérience en tant que maître de stage, ça remonte à... ?

- Je me rappelle plus... c'est tellement vieux... une quinzaine d'années peut être. En stage chez le Prat et SASPAS, actuellement surtout stage chez le prat.

Q- Parce que ?... C'est un choix pédagogique ?

- C'est un choix oui depuis quelque temps parce que je me suis associé avec d'anciens internes, de jeunes médecins et c'est difficile de faire un SASPAS pour l'instant.

Q- Avez-vous participé à des formations sur les techniques d'entretiens, la relation médecin patient, ... ?

- Alors oui, oui.

Q- Et à son enseignement ?

- Ah bien oui puisque je les enseigne moi-même. J'ai participé avant en tant que participant et je les enseigne maintenant. Je fais office d'expert dans les DPC, pour le DMG.

Q- Concernant la vidéo avez-vous une expérience de cet outil ?

- J'ai une expérience uniquement de formation justement mais je la pratique pas en tant qu'enseignant. C'était une formation à la pédagogie à laquelle j'assistais. C'était

dans le programme, fallait consulter une consultation et débriefier par rapport à ça. Donc j'ai eu ce contact lors d'une formation pédagogique où l'on m'a parlé de cette technique.

Q- Une suite à cette ...

- Je n'ai jamais donné de suite à ça. Pour des raisons techniques, je ne me sentais pas capable et je n'avais pas l'énergie ni le temps de mettre en place le matériel.

Q- Donc des limitations techniques...

- Pour moi plutôt oui.

Q- Maintenant que je situe mieux votre expérience de maître des stages on va passer au cœur de l'entretien et je m'intéresse d'abord à la façon dont vous abordez au cours de la supervision directe les thèmes de la communication avec le patient.

- En supervision directe tu veux parler du débriefing. C'est sous forme d'un entretien avec une question : comment il a vécu ça, sur le plan du comportement, du fond et de la forme. Comment il s'est senti. Et ensuite ça peut être des observations de ma part sur le verbal et le non verbal. Je le fais en fin de chaque consultation de supervision directe. Comme j'en fais pas beaucoup dans la journée ça me laisse du temps pour le faire. Parce que ça prend du temps.

Q- En terme d'organisation, de support... ?

- Euh oui j'utilise des supports pédagogiques pendant le débriefing. Une grille de lecture, basée essentiellement sur la communication verbale / non verbale. Une grille que j'ai fait moi-même.

Q- Et en termes de satisfaction... ?

- Faudrait le demander à lui. Moi je dirai ça dépend des internes et pour moi, ma propre satisfaction ça dépend des internes aussi, de ce que j'ai à débriefier. Ça dépend de sa participation ou en fait plutôt du retour que me donne l'interne. Certains avec qui on ne peut rien élaborer et d'autres avec qui on peut élaborer. Ça dépend du degré d'élaboration de l'interne.

Q- Et comment avancer avec ceux qui participent moins ?

- Avec ceux qui n'élaborent pas on change son fusil d'épaule. On fait plus de théorie sur les techniques de communication plutôt. Verbal / non verbal, les attitudes de Porter,... on fait de l'enseignement plus magistral dans un premier temps et on lui demande lui ensuite d'être observateur du maître de stage. On peut ensuite le conduire sur des entretiens d'explicitation. Je lui donne parfois la grille comme support de mon évaluation et il me note. C'est lui qui nous observe finalement. Parce qu'en général quand on n'élabore pas au début c'est rare qu'on élabore à la fin. Et du coup ça permet que ce soit plus léger pour moi.

Q- Plus léger vous dites...

- Un interne qui n'élabore pas c'est très très lourd.

Q- Alors dans cette optique d'élaborer un processus pédagogique avec l'interne sur le thème de la communication quelle opinion portez-vous sur l'enregistrement vidéo ?

- Ah bien, sur le papier je trouve ça très bien. Je trouve ça parfait. C'est bien parce que c'est beaucoup plus objectif. Il se revoit, il n'est pas décrit pour moi à travers mes yeux et une grille donc automatiquement c'est plus factuel. Mais pour moi l'obstacle majeur c'est le temps, c'est chronophage surtout quand techniquement on ne sait pas se débrouiller très très bien. C'est ce côté technique qui me rebute. Quelqu'un le ferait à ma place y a aucun problème.

Q- Mais parce que vous pensez l'utiliser de quelle manière ?

- Et bien pas de façon systématique, c'est infaisable. Plutôt à la fin d'une consultation dans un moment dédié à ça et de temps en temps. Donc c'est pas insurmontable. Donc techniquement pour moi en tout cas c'est chronophage pour l'organiser ou plutôt je l'imagine chronophage. Ce que j'en ai perçu faut avoir quelques qualités techniques, une patience que je n'ai pas.

Q- Que vous avez perçu par quels... ?

- Par rapport aux formations, ce que j'ai vu faire. Quand les branchements ça va pas, quand le son ne sort pas, ça me ...

Q – Ce côté technique pour l'organiser vous limite.

- Ça me rebute. Complètement la preuve c'est que je le fais pas.

Q – Est-ce la seule limite qui vous empêche aujourd’hui ?

- Oh oui parce que le temps on peut s’organiser. Moi c’est le côté technique.

Q- Donc si on aborde maintenant le côté apport de la vidéo sur le plan pédagogique, quelles perspectives voyez-vous ?

- Ah bien les apports c’est très bien. C’est dommage que je sois limité. Je suis pas un bon exemple moi. Je crois qu’il faut le faire et c’est pour ça que je suis un très mauvais exemple. Les gens qui aiment ça je suis sûr ça apporte énormément de chose. C’est beaucoup plus objectif que ce que je fais moi. Parce que l’interne se voit, va se voir et en se voyant on peut appliquer une grille de lecture et c’est lui-même qui peut juger. Et non plus seulement lui dire tu as été comme ci comme ça.

Q- Ça pourrait impacter la proportion d’internes qui élaborent ?

- Sauf les internes qui s’opposeraient, parce que d’abord il n’est pas question de le faire avec un interne qui s’y opposerait mais oui c’est possible. Mais en l’occurrence ce n’est pas du tout l’interne qui est limitant. C’est moi qui limite la technique puisque je ne l’applique pas pour des raisons de chronophagie liées essentiellement à des raisons techniques ou à mon ressenti de la technique en formation, à mon imaginaire des difficultés techniques.

Q-Vous parlez de vos propres contraintes et venez d’aborder le possible refus de l’interne. Une limite de plus... ?

- Une contrainte psychologique oui. Il n’a pas forcément envie de se faire filmer. Et ça c’est très important je veux dire. Et pourtant mon opinion c’est que le regard direct de l’enseignant c’est peut être pire mais que c’est peut être mieux la vidéo. Mais je pense que l’interne peut ne pas aimer être filmé. Malgré tout c’est son ressenti, je le laisse avec son ressenti. Mais c’est sa seule limite et c’est beaucoup moins limitant que la mienne.

Q- Et les patients... ?

- Non les patients je pense que c’est pas limitant. S’ils ne veulent, ils veulent pas mais il y en a toujours qui accepteront.

Q- Sur le plan matériel, des outils ou techniques pédagogiques, comment imagineriez-vous réaliser la supervision vidéo ?

- Ce qui serait intéressant c'est en regardant le film d'avoir quand même une grille de lecture sous les yeux. Reste à voir quelle pourrait être la grille en question. Je pense que ce support reste nécessaire pour être un peu plus carré, avoir un cadre. Mais en termes de support ça me pose pas problème de trouver une grille et de l'utiliser. C'est le temps de mettre en place cette technique et la vidéo qui me limite moi et que je ne le fais pas. Mais trouver et m'approprier une grille de lecture et la remplir avec l'interne ça n'est pas du tout limitant. Ça ne me gêne pas.

Q- Vous parlez de l'interne qui se regarde et s'évalue grâce à la vidéo. Quel apport ou quel impact pour sa formation ?

- Ça a un côté facilitant mais ça peut aussi être déstabilisant. Mais le côté positif sur le débriefing est indéniable même si ça a un côté déstabilisant.

Q- C'est quoi ce côté déstabilisant ?

- C'est à dire qu'on peut ne pas aimer être filmé et se regarder faire quelque chose. Et ça peut vraiment gêner la personne. Moi je suis très attaché à bien faire la différence entre la fonction et l'homme. Je suis maître de stage médecin mais je suis un homme et l'interne c'est un jeune en formation mais qui a un ressenti et qui peut souffrir de se voir.

Q- Son image donc ou ce que l'on fait de la vidéo, l'évaluation ?

- Ah faut lui demander à lui mais qu'il souffre de l'évaluation n'est pas gênant pour moi. Mais qu'il souffre de se voir filmé je le prends en compte. Par contre qu'il souffre de l'évaluation non. C'est la règle il est interne il est là pour être évalué. Ça c'est le cadre pédagogique. Donc si ça ne lui plaît pas il fait pas le DES.

Q- Donc la vidéo un outil de formation mais aussi d'évaluation ?

- C'est à dire le côté évaluation de l'interne... la grille de lecture c'est le côté formation, mais actuellement avec d'ailleurs les nouveaux DPC c'est bien la formation et l'évaluation des pratiques qui sont confondues. Donc on peut avoir un outil à la fois formatif et évaluatif. Bien sûr. C'est le type qui dit pas bonjour, c'est à la fois formatif, « tu t'es rendu compte que tu n'as pas dit bonjour », et c'est évaluatif « tiens t'es à quatre mois de stage et tu ne dis toujours pas bonjour au patient ». Ça peut être ça. C'est à la fois évaluatif et formatif au départ surtout. Mais on peut y voir

ensuite des critères d'évaluation. Mais ce processus, ces carences qu'on peut trouver dans la supervision font déjà parties de l'évaluation finale. La différence c'est une plus grande objectivité avec une part égale d'auto évaluation. La vidéo permettrait là de les formaliser et de les noter vraiment au fil de l'eau.

Q- Dans la phase de supervision indirecte actuelle, sans vidéo, on a une auto évaluation.

- Oui c'est lui qui décrit la consultation. Premièrement sans grille et ensuite je lui demande de le faire avec grille. Et la comparaison des deux montre que sans grille on oublie beaucoup de choses. La grille permet de les pointer. Alors c'est pas forcément les mêmes grilles mais quand il a fait la supervision directe il sait à quelle sauce il va ensuite être mangé la phase suivante. C'est les mêmes critères.

Q- Les freins à l'utilisation déjà évoqués, le temps, l'installation, ... on les retrouverait dans cette phase-là ?

- Non ce serait toujours la mise en place du matériel mais ça je pense que c'est jouable. Après ça serait de la visionner et là c'est toute la préparation. Je fais de l'informatique parce que j'y suis obligé mais je préfère le contact humain à l'informatique. Mais (*silence*) si l'informatique peut améliorer le contact alors là ! Donc ces freins personnels sont des freins que je critique et ils n'ont aucune autre justification qu'une justification personnelle.

Q- Et les échanges concernant la vidéo avec des utilisateurs rencontrés lors des formations évoquées ont eu un impact, rassurant ?

- C'est pas tellement que je suis inquiet c'est plutôt que je suis pas favorable à... j'ai pas envie de m'emmerder en gros. Mais pas forcément rassurant parce que je considère qu'ils ont des qualités que je n'ai pas. Mais je ne m'y suis jamais vraiment mis et si ça se trouve je trouverai ça très simple.

Q- Quel rôle pour le DMG ?

- Ah bien sûr le support du DMG ce serait aidant si le truc est structuré. Si ils nous forment nous, maîtres de stage, à l'utilisation de la supervision vidéo. C'est sûr c'est toujours mieux quand une structure a déjà mâché le travail. L'intérêt du département de médecine générale s'ils ont le temps, parce qu'ils ont quand même beaucoup de choses à faire, c'est de fournir un cadre de travail. C'est sûr que si on a pas à faire son propre cadre de travail, s'il est fourni à tous les maîtres de stage et permet l'évaluation entre maîtres de stage puis des internes à peu près de la même

manière. Ce mode de fonctionnement il ne peut être donné que par le DMG et ça c'est un régal, ça fait gagner énormément de temps. Une solution en amont avec une préparation de l'outil de travail informatique et pédagogique et enfin sa présentation pour nous mettre le pied à l'étrier.

Q- Passeriez-vous le pas alors ?

- Oh certainement quoique un peu vieux. Mais même formateur en bout de course on a toujours besoin de formation.

Q- Quel avenir alors pour cette supervision vidéo ?

- Ah mais je suis tout à fait optimiste par rapport à ça. Il y aura des gens moins vieux et moins rigides que moi pour s'en occuper. Mais ça n'est que du positif pour moi en terme de formation, je veux parler qualitativement. Sauf blocage personnel de l'un des deux, ça n'est que du positif. Je pense que pour la formation à la relation de nouvelles portes s'ouvriraient. Centrer l'entretien sur le patient,...

Q- Quelles portes, en quoi la situation actuelle serait limitante ?

Elle n'est pas limitante, elle est limitée. On va observer ponctuellement quelque chose mais avec un film et sa grille on va tout scanner. Ce sera plus exhaustif et moins subjectif. Plus méthodique aussi ouvrant l'amélioration de la formation en particulier de la relation. On peut plus facilement à partir d'une constatation filmée introduire des objectifs et les vérifier. On peut très bien lors de l'entretien d'explicitation au débriefing montrer qu'il manque quelque chose, proposer à l'interne de l'observer chez nous et ensuite de le mettre en pratique. On aura une vision dynamique des choses. La supervision vidéo ne pourra être que ponctuelle mais du coup on verra l'évolution et on évaluera l'adaptation des comportements.

Q- Donc une vidéo qui s'intègre dans les trois phases ?

- Ah bien sûr et c'est en premier au maître de stage que la vidéo apportera des choses. Et ça facilitera le passage pour l'interne. Il faut toujours commencer par soi. C'est évident qu'à partir du moment où l'on critique l'interne il faut d'abord avoir fait un travail qui permet de nous critiquer nous-même. C'est pour moi le B.A.B.A du maître de stage. Mais pour la vidéo il suffirait que quelqu'un dans le cabinet le fasse pour que je m'y mette. Il ne faut pas beaucoup de consultations filmées pour que ce soit intéressant mais ce peu imaginairement c'est beaucoup à mettre en place pour moi. Tout est réglable à condition d'avoir une volonté que je n'ai pas ou plus et c'est pas bien. Je m'auto juge mais ça m'empêche pas de ne pas le faire. Mais je ne

pense pas qu'il y ait beaucoup d'utilisateur en Aquitaine. Et donc il y a bien un problème. Ce serait bien que le CNGE fasse une formation. Là on est un peu livrés à nous-mêmes avec cette technique. Moi par contre je rêve de la glace sans tain. Mais ça n'a pas les mêmes vertus ni la même fonction que la vidéo car l'interne ne se voit pas et l'on reste sur notre constat, notre parole à nous. Après on retombe sur des problèmes d'accord du patient qui passent au-dessus de la justification pédagogique de l'outil. Et on n'a pas à s'opposer au refus du patient ou de l'interne même si c'est par défense ou déni de l'élève. C'est tellement personnel que ça me semble important l'avis de l'homme.

Q- Bon donc en attente d'un projet du DMG...

- Oui mais il y a tellement de choses à faire avec si peu de moyens. C'est véritablement misérable et à terme mettre en place de tels projets ça demande une énergie considérable mais on a une jeune génération d'enseignants. Il faut un appel d'air, c'est vous l'avenir et vous voudrez bien vous battre pour obtenir les moyens que nous n'avons pas eu. De tels projets c'est un investissement matériel minimum. Faut que les mecs aient envie quoi. Si en plus faut tout organiser, la mise au point technique, pédagogique, (*silence*). Faut tomber sur des passionnés. Mais c'est pas ça qui est bon. Non faut que ce soit tellement vulgarisé que presque tout le monde peut y accéder et se l'approprier sans être un passionné. Vous rendrez tout ça naturel mais ça demande des moyens et des moyens nationaux. La limite elle est politique. Mais l'état ne fait rien au sein d'une profession en crise avec une formation, une recherche en difficulté. Voilà faut du sang neuf, de nouvelles idées et faut qu'on dégage le chemin pour nous.

Entretien n°10 : Enregistré par Skype le 17/11/2014

Enseignant ayant l'expérience de la vidéo

Durée 32'

Q- Bonjour alors merci encore pour votre participation. Merci également pour la liste d'internes que vous m'avez fournie. Alors simplement je rappelle que je travaille sur la supervision vidéo et qu'à ce titre j'interroge internes comme maîtres de stage qui l'utilisent ou pas. Je m'intéresse surtout à cette technique pour l'apprentissage de la relation médecin – patient, des techniques de communication.

- Très bien.

Q- Alors les entretiens durent généralement une bonne demi-heure et on va commencer si vous le voulez bien par quelques questions afin de mieux vous situer.

- OK. Allons-y.

Q- Pouvez-vous me préciser votre âge ainsi que votre date d'installation.

- Alors je me suis installé en 1997.

Q- Depuis quand recevez-vous des internes en stage ?

- Je suis maître de stage depuis 2000.

Q- C'est des stages prat., des SASPAS, les deux ?

- J'ai eu les deux mais actuellement je n'ai que des SASPAS. Et des externes aussi.

Q- Est ce que vous avez sur le thème de la communication médecin-patient participé à des formations sur l'enseignement des techniques relationnelles ?

- Euh... et bien alors non. J'ai fait moi-même des formations sur la relation médecin-patient et puis je l'enseigne au sein du DES. J'ai trois ateliers là-dessus mais je n'ai pas fait de formation spécifique à l'apprentissage de la communication pour l'interne.

Q- Comment êtes-vous devenu responsable d'enseignement dans ce domaine ?

- Plutôt autodidacte. Voilà oui.

Q- Vous avez donc une expérience de la supervision vidéo...

- Alors oui à la fois en stage et dans mes cours de DES sous forme d'ateliers, de jeux de rôle. Alors la supervision vidéo.... Je sais plus d'où je l'ai sorti. J'avais trouvé ça intéressant (*rires*). Je pense que ça vient justement en enseignant la relation médecin – patient aux internes on faisait des jeux de rôle filmés. Donc dans le cadre pédagogique on utilisait l'outil vidéo. Comme dans les formations auxquelles j'ai pu participer. Et j'ai trouvé ça intéressant et j'ai pensé que ça pouvait tout à fait s'appliquer aux consultations de l'interne.

Q- Donc vous l'aviez proposé comme une suite logique ...

-Oui c'est ça. Et actuellement je l'applique ... disons peu. C'est à dire que je fais en général une consultation par interne et par semestre. Parce que c'est vrai, je trouve, c'est un petit peu lourd. Et je trouve que c'est intéressant qu'ils se voient une fois pour se corriger un petit peu. Après le reste, la supervision classique avec le dossier médical... c'est pas forcément le plus pertinent. Alors moi je l'utilise surtout pour l'analyse du langage non verbal. En fait l'auto-analyse par l'interne finalement.

Q- Vous disiez être venu naturellement vers la vidéo mais avez-vous déjà échangé avec d'autres maîtres de stage utilisateurs ?

- Euh... non. Il y avait D. qui avait fait un atelier dans je ne sais plus quel congrès du CNGE. C'était à P. ou un truc comme ça. Donc j'y étais et il décrivait un peu son expérience et je trouvais ça intéressant. Probablement j'ai dû m'en inspirer un petit peu. Voilà mais je m'étais lancé auparavant sans vraiment de lecture ou de recherche en amont. Comme je le faisais avec des jeux de rôles filmés je me suis dit que c'était forcément intéressant pour le langage non verbal notamment voir d'autres choses. Mais c'est surtout ça qu'on peut voir. Et qu'on ne peut pas voir sans ça. On ne peut pas se voir consulter. Donc c'est surtout ça qui m'a paru intéressant. Voilà où j'ai trouvé ma motivation.

Q- Alors comment se déroule un enregistrement ?

- Alors en général c'est moi qui filme parce que je n'ai pas de pied. Je tiens la caméra, je me mets derrière le patient en $\frac{3}{4}$ arrière pour qu'on puisse voir l'interne de $\frac{3}{4}$ avant et puis je filme uniquement la partie entretiens. Je ne filme pas la partie examen clinique.

Q- D'accord...

- Pour pas que le patient soit filmé dévêtu en fait. Et puis (*silence*) je filme à vue, je stoppe lorsque le patient se déshabille et je reprends quand il s'est rhabillé et rassis à sa place.

Q- Et le premier contact avec le patient ?

- Je demande systématiquement avant son avis, avant qu'il soit dans le cabinet, pendant qu'il est dans la salle d'attente. Je lui dis « voilà, est-ce que ça vous dérange si on fait une consultation filmée ? ». Je lui explique en deux trois mots et voilà.

Q- C'est à dire vous lui expliquez quoi ?

- Je lui dis bien..... à visée pédagogique que pour l'interne qui va l'examiner que ce serait intéressant de faire une consultation vidéo-filmée. Euh Ça permet qu'il puisse analyser sa pratique et du coup est-ce que vous acceptez que l'on puisse filmer la consultation. Et je précise toujours que l'examen clinique quand il sera déshabillé ne sera pas filmé.

Q- Entendu. Et quel accueil les patients font-ils à la vidéo ?

- J'ai eu aucun refus.

Q- Et ont-ils eu des questions ou exprimé des inquiétudes, des réserves ?

- Euh... sur le moment ils ne disent pas grand chose. Ils demandent parfois si ça va être.... « Qu'est-ce qu'on en fait, à quoi ça sert ? » Et puis après souvent ils plaisantent un petit peu, « Ah bon, je vais passer à la télé ? ». Ils sont pas mécontents finalement. Donc ça leur semble je pense une expérience originale. Alors je choisis aussi en général les patients qui viennent plutôt pour des renouvellements d'ordonnance. Donc des patients que je connais bien, qui sont plutôt sympas, pas opposants et qui ne soient pas compliqués. Tout pour que l'interne ne soit pas forcément en difficulté dans ces consultations-là. L'objectif c'est qu'il se voit dans une consultation standard, non compliquée.

Q- Une fois l'enregistrement effectué comment se déroule l'analyse ?

- Euh... alors d'abord l'interne visionne le film tout seul. Il a pour consigne de noter, de voir ce qu'il trouve avoir fait bien. Alors donc préférentiellement dans le langage non verbal toujours. Après bon il y a aussi la possibilité de mettre d'autres remarques mais je lui dis de surtout se concentrer sur le langage non verbal. Je lui dis de noter ce qui est bien et ce qu'il trouve de moins bien.

Q- D'accord. Utilise-t-il pour ça une grille de lecture ou un autre outil ?

- Non c'est juste ça. Il a pour notice dans le langage non verbal de noter ce qui est bien ou pas bien. Et puis après éventuellement ce qu'il envisagerait d'améliorer dans son attitude en consultation.

Q- Donc la première lecture de la vidéo se fait seule.

- Seul voilà. Et il note les remarques qui se passent et après on regarde à nouveau la consultation. Cette fois à deux et il me dit ce qu'il a noté. Et puis après il donne aussi son impression générale du film, ça peut être un bon moyen de commencer.

Q- Et ensuite, que faites-vous du travail préalable de l'interne ?

- Bon on discute. Éventuellement je fais des remarques supplémentaires quand je visionne et puis on discute. Mais en général j'ai pas grand chose à rajouter. Ils ont déjà vu le principal. Je fais deux trois remarques supplémentaires.

Q- Quelques exemples de remarques ?

- Éventuellement la position. La manière de parler on en parle pas tellement ou alors si s'il y a des tics de langage ou autre chose. Mais ça souvent on l'a fait en supervision indirecte. Plutôt en deuxième partie de stage quand ils sont assez à l'aise, bien au point sur le logiciel, tout ça. Et donc voilà pour la vidéo on travaille surtout sur le langage non verbal. C'est le plus important, le comment il se tient. Éventuellement on parle aussi du verbal, les mots compliqués qu'il a utilisé par exemple. Mais ça je trouve c'est pas le plus important. On peut l'avoir en supervision directe.

Q- Par rapport justement à cette supervision classique quels autres avantages que le travail du non verbal tirez-vous de la vidéo ?

- Je dirais moi pas grand chose. Je pense que c'est surtout l'interne qui en tire. Pour moi du moment que j'ai (*silence*). En voyant la vidéo par rapport à en voyant la

consultation en direct je trouve que je n'ai pas d'apport supplémentaire. Je trouve que quand je fais de la supervision directe sans vidéo je note tout ce que j'ai envie de dire à l'interne. Et là finalement en revoyant la consultation je n'ai pas tellement d'éléments supplémentaires qui m'apparaissent à moi. Par contre ce qui est important c'est que l'interne se voit, voit comment il s'est comporté, comment il se tient sur le bureau, ... Il voit en même temps le regard l'attitude du patient. Il voit aussi les temps où il ne parle pas, les temps où ils sont en train de taper sur l'ordinateur. « Ouh lala c'est long,... », ils se rendent compte de ça en fait.

Q- Donc un travail essentiellement d'auto évaluation en fait et qui n'est pas permis jusque-là...

- Oui et il y a quelques remarques (*non audible*). Alors vous demandiez tout à l'heure comment c'était accueilli par les patients. Alors je n'ai pas eu de refus mais j'ai eu un refus d'une interne. Qui disait être très angoissée à l'idée d'être filmée, qui disait ne pas supporter se voir dans un film même dans la vie courante en dehors. Donc j'ai quand même dit « je pose la caméra sur un placard à l'arrière. Je serai pas là. » Parce qu'elle ne supportait pas que je puisse être là à la filmer. Et après elle a jamais pu regarder le film.

Q- Donc le film a quand même été réalisé.

- Oui mais elle n'a jamais voulu ou pu le visionner. En sachant que ce qu'elle disait c'est que déjà dans la vie courante elle ne supportait pas de se voir sur un film. Donc bon j'ai pas insisté (*rires*). C'était pas la peine. De toute façon c'était pas possible, elle commençait à pleurer. Donc j'ai dit « c'est bon on arrête ». C'est pas pour la mettre en difficulté. C'est fait pour progresser. Je lui ai expliqué quel était l'intérêt du truc. Après je pense qu'elle faisait un peu une phobie là-dessus donc je n'ai pas insisté plus. Mais au final sur une quinzaine de films donc d'internes j'ai eu un seul refus.

Q- Donc une acceptation de la part des internes qui est plutôt bonne.

Oui avec un retour qui est plutôt bon. Alors avec forcément au début une appréhension des internes qui disent « ouh la la, qu'est-ce que ça va donner ? ». Mais le retour a posteriori est plutôt bon. La dernière que j'ai filmé, c'était il y a un mois environ et elle m'a dit à la fin « c'est dommage, devoir attendre la dernière année pour avoir un outil comme ça ». Je lui ai dit « bien oui »... (*rires*).

Q- Donc les internes vous disent en tirer beaucoup.

- Euh oui, ils sont... En fait tout ceux qui ont accepté donc sauf celle qui a refusé, ils sont toujours contents après. Parce qu'on a toujours justement un petit temps après l'étude du film. Alors je leur demande comment ils ont trouvé cette technique et ils ont tous un bon ressenti. Alors évidemment ça semble un petit peu difficile au départ notamment pour certains, se voir filmés. Ils appréhendaient Ils appréhendent un petit peu, « j'ai peur de pas être naturel ». Alors je les rassure « c'est pas grave, c'est pas grave, au début tu penseras à la caméra et après tu verras quand tu seras concentré sur ta consultation t'y penseras plus ». Et voilà ils ont tous été contents. J'ai pas eu de gens qui ont fait l'exercice et qui sont sortis en disant « j'ai trouvé que ça a servi à rien ».

Q- Et quels obstacles avez-vous rencontrés dans l'organisation de ces consultations filmées ?

- Bien à part l'interne qui a refusé, qui avait la phobie de la vidéo. Sinon je n'ai pas eu d'obstacle à ça. Alors si comme obstacle et c'est indéniable il faut que je prenne le temps de le faire parce que ça prend du temps quand même. C'est à dire et bien qu'il faut prévoir la consultation filmée. Alors c'est le temps d'une consultation normale mais il y a aussi le temps du briefing, le temps que l'interne voit le film et ensuite qu'on l'analyse à deux. Donc il faut prévoir pratiquement une heure. Faut supprimer une ou deux consultations derrière pour prévoir le visionnage d'abord l'interne seul et ensuite avec moi. Alors l'idéal on le fait juste après et puis des fois quand la consultation a lieu au milieu de la matinée ou de l'après-midi on le diffère à un autre moment de la journée ou on a prévu un creux d'une heure pour faire ça.

Q- Est-ce la raison de votre choix de se limiter à une séance par interne ?

- Probablement oui. Ça peut être un frein à en faire plus. Et la deuxième raison c'est que tel que je le fais je me dis c'est bien qu'il se soit vu une fois. Après s'il se voit plusieurs fois tel que je le pratique ça serait pas forcément très pertinent puisque je travaille surtout sur le langage non verbal. C'est vrai aussi que j'en fais pas beaucoup parce que ça m'apporte pas tant que ça. Je sais pas ce que je ferai d'autre consultation filmée. Mais c'est vrai que je l'utilise pour un truc très précis et que d'autres tirent sans doute beaucoup d'autres choses. Mais je ne sais pas faire.

Q- Donc plutôt un outil d'auto évaluation, d'auto formation que vous proposez à vos internes...

- Oui parce que moi pour ma supervision personnelle je trouve que c'est pas très performant.

Q- (silence), bien, vous me disiez avoir partagé l'expérience d'autre maîtres de stage. Avez-vous discuté des méthodes possibles pour l'enregistrement ? Je pense à votre présence pendant l'enregistrement de la consultation.

- Ah c'est ma caméra personnelle. C'est l'outil que j'avais à disposition. C'est ma caméra personnelle donc c'est un vieux caméscope à bande encore, il est pas numérique.

Q- Alors il vous est déjà arrivé de proposer face au refus de l'interne de poser la caméra puis de sortir du cabinet. Qu'est ce qui fait votre préférence sur la façon de filmer ?

- Parce que c'est pas très pratique. Ça faisait passer le fil du coup au milieu. Et du coup je pouvais pas couper au moment de l'examen clinique. Donc c'était toute une partie vierge donc puisque je coupe l'examen clinique. Donc on ne sait pas combien de temps ça va durer.

Q-Et laisser l'interne couper cette scène ? Je me pose la question en fait de la présence de la caméra seule versus la double supervision caméra plus senior.

- Oui oui tout à fait. Probablement c'est un petit frein pour l'interne. Mais en général ils sont un peu (*silence*). Enfin comment dire, ils sont très concentrés au départ et puis une fois pris dans la consultation ils sont obligés de faire face aux demandes du patient et à ce moment-là ils oublient en quelque sorte la caméra. Et finalement moi qui les ai vus en supervision directe normale et puis également en supervision filmée je les trouve pas tellement différents dans les deux cas.

Q- Et les patients ?

- C'est sûr que l'idéal ça serait d'acheter un pied pour pouvoir laisser la caméra tout simplement. Les patients, (*silence*) je trouve que oui, ils ne regardent pas trop la caméra. Ils sont de trois quart arrière et ils ont pas spécialement je trouve une attitude différente non plus. Que si je suis au milieu (*silence*) Comme je suis derrière lui, il me voit pas, ils ont pas une attitude différente. Peut-être même moins parce que quand je suis à côté de l'interne et bien là ils ont tendance à m'adresser la parole.

Q- Le problème du secret médical s'est-il déjà posé avec les patients ? Que devient l'enregistrement ?

- Je leur dis systématiquement que l'enregistrement va être visionné par l'interne et qu'après il sera détruit. Mais j'avoue ne pas m'être posé la question disons légale de ces films.

Q- Entendu. Alors quel avenir selon vous pour cette méthode de supervision ?

- Bien c'est intéressant. A mon échelle j'ai envie de continuer. Mais après je me rends compte qu'il n'y a pas grand monde qui le fait finalement. J'en suis sûr maintenant (rires). Enfin vous savez...

Q- Alors j'ai fait un tour de France des DMG et aucun ne propose de manière organisée l'outil. Il s'agit en fait d'utilisation individuelle faite par des enseignants dispersés, avec des pratiques semblent il toutes différentes,.. mais toutes intéressantes. Que pensez-vous de cette faible représentation ?

- Oui sur la France mais oui j'espère qu'ils sont pas tous identifiés. Pour l'avenir, je pense déjà en parler. Je pense qu'il y a beaucoup d'appréhension des maîtres de stages qui ont peur de l'outil vidéo, qui ont peut-être pas le matériel. Quoi que maintenant c'est assez facile avec les webcams ou les appareils portables qui font aussi vidéo. Ça coûte un peu ces petites caméras surtout si on a personne pour partager les frais. Parce que une petite go pro c'est suffisant et même idéal.

Q- Avez-vous déjà proposé ou discuté de la vidéo avec d'autres enseignants pour la promouvoir ?

- Alors dans le cabinet on est plusieurs. Et j'ai une collègue à un moment qui a voulu le faire une fois. Et puis en fait elle s'est jamais vraiment lancée. Elle a pas trop accroché quoi.

Q- Quelle piste proposer alors pour en faciliter l'usage ?

- Il faut peut-être des formations ou ne serait-ce partir déjà de la diffusion de l'expérience de ceux qui la font déjà. Pour dire effectivement que c'est intéressant.... Silence... je suis en train de réfléchir. Et des publications si vous y arrivez, qui montrent la pertinence du truc. Faire prendre conscience à certains maîtres de stage que c'est intéressant.

Q- Au sein de votre DMG est-ce vous qui portez, qui avait introduit les jeux de rôle filmés ?

- Oui. Tout à fait oui.

Q- Comment ça c'est mis en place, quels objectifs, quels retours ?

- Oh bien je faisais de l'enseignement avec un autre enseignant et je l'ai proposé. Ça c'est bien passé mais c'est aussi quelque chose de souvent proposé lors des séminaires et des formations continues. Alors c'était quand même un petit peu compliqué. Alors je venais avec ma caméra et puis il fallait trouver une télé pour faire fonctionner le truc. Alors la faculté avait des télévisions mais souvent ça marchait pas. Enfin bon (*silence*) actuellement on le fait plus car on vient de modifier le système d'heures d'enseignement. L'atelier est devenu très court et faire un jeu de rôle filmé au milieu c'était compliqué avec le temps dont on disposait. Là on est en train de réfléchir à la réorganisation de l'enseignement théorique et je suis en train de me dire qu'il faudrait peut-être réintroduire la vidéo quelque part. Alors soit en montrant une vidéo de consultation soit en refaisant des jeux de rôles filmés pourquoi pas. Mais c'est vrai à l'époque que les internes en jeux de rôle filmés ils étaient assez réticents quand même.

Q- C'est à dire...

- Autant au cabinet ils me connaissent, je le fais plutôt en fin de stage, ça se passe bien, on leur démontre l'intérêt, c'est des internes qui sont motivés. Après en groupe plus grand, c'est plus compliqué. Il y en a qui refusent complètement. Ils sont vus par eux même et par l'ensemble du groupe et là c'est compliqué.

Q- Des ateliers dans le cursus du DES ne seraient donc pas forcément facilitant pour ensuite une supervision en stage ?

- Non je ne vois pas moi l'intérêt, c'est pas le leitmotiv, pas les mêmes objectifs. Ou alors peut être dans l'idée ensuite de faire de la supervision filmée leur montrer des vidéos de moi ou d'un autre interne en consultation.

Q- Alors justement quel était le contenu de ces séances en groupe ?

- Donc on travaillait sur la relation médecin – patient, la communication médecin patient. Donc on filmait le début d'une consultation, l'interne se présentait, il commençait une consultation. On travaillait donc là aussi essentiellement sur le non verbal sur la manière dont il parlait, sur le débit, s'il était assez rapide ou pas. Éventuellement aussi le langage employé. Est ce qu'il employait un langage médical ou un langage non médical. Et puis qu'est-ce qu'il y avait d'autres (*silence*) voilà, c'était principalement ça.

Q- Bon concernant la supervision filmée au cabinet pensez-vous la faire évoluer ?

- Pour l'instant ça me va. Après si je trouve des articles qui me démontrent autre chose pourquoi pas. Alors je sais que suite à une présentation donc de W. sur la supervision vidéo, j'avais récupéré une grille d'analyse et puis finalement j'ai dû la prendre peut être une fois. Et puis je trouvais que c'était trop complexe pour l'usage que j'en faisais. Je préférais me concentrer sur deux trois choses très précises, langage non verbal, plutôt que de faire une supervision globale de la consultation.

Q- Bon on arrive à la fin de notre entretien. Vous voulez peut être rajouter quelque chose.

- Non mais c'était avec plaisir. J'espère que tu auras assez de matière et d'entretiens avec la liste que je t'ai fait parvenir. Et puis j'attends ton travail.

Q- Avec plaisir merci encore, bonne soirée.

- Salut, bonne soirée.

SERMENT MEDICAL

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Freins à l'utilisation de la supervision vidéo dans l'enseignement de la communication médecin-patient : étude qualitative auprès de maîtres de stage et d'internes en médecine générale.

Introduction : La communication médecin-patient est une compétence essentielle en médecine et sa maîtrise a un impact favorable sur la qualité des soins. Pour son apprentissage, la supervision directe avec enregistrement vidéo (SODEV) de l'interne en consultation est un outil validé. Pourtant seuls quelques maîtres de stage l'utilisent en France. L'objectif de cette étude est d'identifier les obstacles à son utilisation lors des stages ambulatoires des étudiants inscrits au diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

Méthode : Une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés menés d'octobre 2014 à juin 2015 auprès d'enseignants et d'internes ayant ou non une expérience de la SODEV. L'analyse des données par théorisation ancrée est conduite avec le logiciel Nvivo.

Résultats : 13 personnes (8 enseignants et 5 internes) ont accepté de participer à l'étude. Parmi eux 3 maîtres de stage universitaire et 3 étudiants avaient une expérience de la supervision vidéo. Le besoin de formation des enseignants à l'utilisation de la vidéo et à l'enseignement des compétences relationnelles est au centre des préoccupations. De cette préparation dépendent les capacités du maître de stage à appréhender et maîtriser les obstacles logistiques, humains et pédagogiques. Il s'agit d'un outil dont la manipulation ne s'improvise pas. L'intimité et les droits du patient doivent être pris en compte de même que l'anxiété de l'interne devant son image et la supervision. Les obstacles contextuels tels que les moyens alloués aux enseignants ambulatoires et l'importance donnée à l'apprentissage de la communication doivent aussi être pris en compte.

Conclusion : Les résultats de cette étude sont susceptibles d'aider à la construction d'un véritable cahier des charges quant à la préparation et la diffusion de la SODEV sur les terrains de stages ambulatoires. Cet outil a toute sa place dans l'enseignement de la communication qui doit être mis en valeur.

Mots-clés : communication médecin-patient, médecine générale, supervision directe avec enregistrement vidéo.

Barriers to use video supervision in teaching of the doctor-patient communication: qualitative study to ambulatory medical teachers and general medicine students.

Introduction: The doctor-patient communication is an essential skill in medicine and its control has a favorable impact on the quality of care. For learning, direct supervision with video recording (SODEV) of the student's consultation is a validated tool. Yet only a few tutors use it in France. The objective of this study is to identify the obstacles to its use in ambulatory courses for interns enrolled in general medicine study.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews from October 2014 to June 2015 with teachers and interns with and without experience of SODEV. The data analysis is conducted by grounded theory with NVivo software.

Results: 13 people (8 university teachers and 5 interns) agreed to participate in the study. Among them 3 tutors and 3 students had an experience of video supervision. The need for training teachers in the use of video and teaching relationship skills is a central concern. The capacity of tutor to learn and master the logistical, human and educational obstacles depend on this preparation. This is a tool whose handling is not improvised. The privacy and patients' rights should be taken into account as well as the anxiety of the students concerning his image and supervision. Contextual barriers such as the resources allocated to outpatient teachers and the importance given to learning the communication must also be taken into account.

Conclusion: The results of this study may help to build a real specifications on the preparation and dissemination of SODEV on the grounds of ambulatory courses. This tool has its full importance in the teaching of communication to be developed.

Keywords: doctor-patient communication, general medicine, direct supervision with video recording.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE