

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

RÉGION LORRAINE

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**DIX RÈGLES SIMPLES POUR RÉALISER
UNE VIDÉO ÉDUCATIVE**

Mémoire présenté par **Yoann PFUND**,
étudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie,
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2013-2016.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ

ABSTRACT

1. INTRODUCTION	1
2. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	2
2.1. Recherches préliminaires.....	2
2.2. Références retenues	2
2.2.1. La place de la vidéo dans la démarche d'éducation du patient.....	2
2.2.2. Les dix règles à maîtriser pour réaliser une bonne vidéo éducative	2
2.2.3. Critères de sélection des références	3
2.2.4. Résultats obtenus.....	3
3. LA PLACE DE LA VIDÉO DANS LA DÉMARCHE D'ÉDUCATION DU PATIENT	4
3.1. L'Éducation Thérapeutique du Patient (E.T.P.)	4
3.2. L'information du patient.....	6
4. LES DIX RÈGLES À MAÎTRISER POUR RÉALISER UNE BONNE VIDÉO ÉDUCATIVE. 6	6
4.1. Avoir des objectifs clairs et fixés sur la finalité du projet.....	6
4.1.1. La population cible	6
4.1.2. L'objectif de la vidéo	7
4.1.3. Faire le point sur ce qui existe déjà	7
4.1.4. Le type de vidéo.....	7
4.2. Posséder une connaissance parfaite de son sujet.....	8
4.3. Connaître les modalités légales pour réaliser une vidéo	9
4.3.1. Le secret professionnel.....	9
4.3.2. Le droit sur l'image	10
4.3.3. Déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)	11
4.3.4. Utilisation d'images provenant d'internet.....	11
4.4. Parvenir à attirer l'attention du patient et la retenir tout au long de la vidéo	12
4.4.1. L'attention visuelle.....	12
4.4.2. L'attention auditive.....	14
4.5. Comprendre les procédés de mémorisation afin d'en faire profiter le patient	15
4.5.1. Définitions et différents types de mémoire.....	15
4.5.2. Les différents types d'encodage.....	15
4.5.3. L'apprentissage à long terme appliqué à la vidéo	16
4.6. Savoir réaliser efficacement une vidéo.....	17
4.6.1. Les pré-requis à la réalisation (ou préproduction)	17
4.6.2. Le tournage (ou production).....	18
4.6.3. Le montage final (ou postproduction)	18
4.7. Être simple pour favoriser la compréhension, sans être « simpliste »	19
4.7.2. Organiser ce qu'il reste.....	20
4.7.3. Gérer son temps de manière optimale	20

4.8. Faire valider la vidéo par une association de patients et d'utilisateurs	21
4.9. Choisir un mode de diffusion efficace	22
4.9.1. La diffusion via un support de stockage d'information.....	22
4.9.2. La diffusion directement en ligne.....	23
4.10. Posséder des outils de communication efficaces pour atteindre le public cible ..	24
4.10.1. Définition et rôles de la communication.....	24
4.10.2. Quelques outils de communication.....	24
5. DISCUSSION.....	27
5.1. Le format vidéo est-il adapté pour l'éducation des patients ?	27
5.2. Comment ont été choisies ces règles ?	28
5.3. Manque d'application pour valider le travail.....	28
5.4. Les difficultés rencontrées dans ce mémoire.....	29
5.4.1. Le vaste champ des différents domaines de recherche	29
5.4.2. Le contenu des différentes règles.....	29
5.4.3. Manque de références bibliographiques concernant les outils de communication.....	30
6. CONCLUSION.....	30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

L'éducation du patient atteint d'une pathologie chronique prend une place centrale dans son accompagnement, puisqu'elle lui permet de gagner en autonomie dans sa prise en charge. De par sa position privilégiée dans le parcours de soins, le masseur-kinésithérapeute (M.K.) a un rôle important dans cette éducation. Les moyens dont il dispose sont multiples, et la vidéo éducative, de par les avantages qu'elle présente, se place comme une candidate de choix.

Dans la démarche d'éducation du patient, la place que peut prendre la vidéo est variable. En effet, elle peut servir d'information et être considérée comme un moyen d'apprentissage à part entière, ou bien intégrer un programme d'éducation thérapeutique, plus global et adapté à ce dernier.

La réalisation d'une vidéo de qualité par le M.K. exige de sa part de maîtriser un certain nombre de compétences. Nous tentons de les réunir en dix règles, permettant de l'aider à mener à bien un tel projet, de son idée de base jusqu'à ce que la vidéo atteigne les patients ciblés, tout en gardant comme objectif que les informations importantes soient comprises et retenues par le patient après la vidéo.

En pratique, le format vidéo présente de réels avantages pour l'éducation des patients. Mais ils sont contrastés par quelques inconvénients qui doivent être connus du thérapeute, pour qu'il adapte le reste du programme éducatif.

Les règles établies dans ce travail ont été choisies par une étude approfondie du sujet et en cherchant à les adapter spécifiquement à l'auditoire visé (à savoir les M.K. sans expérience en matière de réalisation de vidéo). Nous décrivons et argumentons donc successivement : « avoir des objectifs clairs et fixés sur la finalité du projet », « posséder une connaissance parfaite de son sujet », « connaître les modalités légales », « parvenir à attirer l'attention du patient », « comprendre les procédés de mémorisation », « savoir réaliser efficacement une vidéo », « être simple pour favoriser la compréhension, sans être simpliste », « faire valider la vidéo par une association de patients », « choisir un mode de diffusion efficace » et « posséder des outils de communication efficaces pour atteindre le public cible ». Ces dix propositions devront maintenant être mises en pratique pour la réalisation d'une ou plusieurs vidéos afin de montrer leur validité.

Mots clés : Réalisation vidéo, Éducation du patient, Vidéo éducative, Kinésithérapie.

Keywords : Video production, Patient education, Educational video, Physiotherapy.

ABSTRACT

The education of a patient with chronic disease is crucial to his supervision, as it allows him to gain autonomy in its management. Occupying an influential position in the patient care pathway, the physiotherapist has an important role in this education. The means available are multiple, and the educational video, with its advantages, stands as a prime candidate amongst the possibilities.

The video's place varies in the patient education process. Indeed, it can be used to inform and thus considered either as a learning tool on its own, or as an integral part of a comprehensive and adapted therapeutic education program.

In order to produce a great video, the physiotherapist is required to master a number of skills. We will attempt to gather ten rules to help him carry out such a project from start to finish. We want the video to reach the targeted patients, while baring in mind our ultimate goal: the comprehension and the memorizing of the shown information by the patient.

In practice, this video format truly benefits the patient's education. However, there are some drawbacks – drawbacks that need to be recognized by the therapist so that they can adapt properly the rest of the educational program.

The rules established to achieve this work were chosen by a thorough subject study and specifically elaborated to fit to the target audience (i.e. the physiotherapist who lack experience in video production). Thus, we describe and argue successively the following: "have clear objectives and set the project's boundaries", "have a perfect knowledge of his subject", "know the legal terms", "attract the patient's attention", "understand the memorizing process", "learn to efficiently produce a video", "keep it simple to promote understanding, without being simplistic", "validate the video by an association of patients", "choose an effective delivery method" and "possess efficient communication tools to reach the target audience". In order to prove their effectiveness, we will implement these ten proposals in the production of one or more videos.

Keywords : Video production, Patient education, Educational video, Physiotherapy.

1. INTRODUCTION

La place occupée par le patient dans sa prise en charge a nettement évolué au fil du temps, passant d'un rôle passif face aux traitements réalisés par l'équipe de soins, à celui d'acteur actif et responsable de sa prise en charge [1]. Pour pouvoir profiter de ce nouveau statut, le patient doit avoir une bonne connaissance de sa pathologie, afin d'être capable de prévenir l'apparition des symptômes, ou réaliser correctement son traitement. Son éducation prend donc une place prépondérante dans son accompagnement, afin de lui permettre d'exercer ce rôle. Cependant, de récentes études menées sur des patients atteints de maladies chroniques mettent en évidence un manque de connaissance de leur pathologie [2,3].

Le masseur-kinésithérapeute (M.K.), par sa position privilégiée dans le parcours du patient et ses compétences, a la possibilité de lui apporter les connaissances nécessaires et ainsi lui permettre d'assumer pleinement ce rôle d'acteur de sa prise en charge. Les moyens pour y parvenir sont nombreux (séances d'éducation thérapeutique du patient, informations écrites, orales, ...).

À l'ère du numérique, la vidéo semble être une candidate de choix parmi les moyens que possèdent les professionnels de santé pour éduquer les patients. Elle présente de multiples avantages (aspect ludique, s'adapte aux patients ayant des difficultés de lecture, apporte une meilleure mémorisation des informations [4], *etc.* ...). Une vidéo éducative aboutie, répondant aux besoins d'une population de patients atteints d'une pathologie chronique permettrait de les aider à mieux gérer leur prise en charge, et donc améliorer leur qualité de vie.

L'objectif de ce mémoire est d'orienter le M.K. souhaitant réaliser une vidéo éducative pour des patients atteints de pathologies chroniques. Quelles sont les dix règles simples qu'il doit maîtriser afin de concevoir une vidéo de qualité, de l'idée de base jusqu'à la diffusion ? Pour tenter de répondre à cette interrogation, nous commençons par expliquer notre stratégie de recherche documentaire. Puis, nous précisons la place que peut occuper la vidéo dans la démarche d'éducation du patient, pour enfin détailler chacune de ces dix règles.

2. STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

2.1. Recherches préliminaires

Nous avons entrepris une première recherche générale sur internet, avec pour thème la réalisation d'une vidéo éducative. Le but était de donner une orientation concrète au travail qui allait être préparé, et constituer un cadre précis et pragmatique aux règles qui allaient en découler. Cela nous a permis de collecter des informations sur le sujet, et de pouvoir nous faire une représentation précise des points importants à aborder.

À l'issue de ces recherches préliminaires, nous avons tenté de constituer une esquisse de nos dix règles, grâce à la synthèse des informations trouvées lors de cette première phase. Les dix règles auront finalement évoluées au gré des recherches.

2.2. Références retenues

2.2.1. La place de la vidéo dans la démarche d'éducation du patient

L'éducation du patient étant une problématique intéressant les différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire de soins, nos recherches auront naturellement été orientées vers le site de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), qui est l'autorité publique en charge d'apporter les recommandations aux professionnels de santé.

Nous y avons trouvé une rubrique spécialement dévolue à ce sujet, proposant 24 documents que nous avons consulté dans leur intégralité. Nous en avons retenus quatre pour notre travail (deux recommandations, un guide méthodologique et un article du code de la santé publique).

2.2.2. Les dix règles à maîtriser pour réaliser une bonne vidéo éducative

À l'instar de l'hétérogénéité des domaines de chacune des règles abordées dans ce travail, la manière de procéder aux recherches bibliographiques aura été adaptée pour chacune d'elles. Nous présentons ici d'une manière générale, comment les recherches ont été effectuées.

Les recherches ont été réalisées du 17/07/2015 au 06/03/2016 (l'allongement de cette période de recherche est dû au fait que chaque règle aura été traitée l'une après l'autre).

Dans un premier temps, elles auront été effectuées sur une ou plusieurs bases de données, parmi Google Scholar, Science Direct, MEDLINE, ou encore des sites comme celui de Légifrance, du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (C.S.A.), ou de Médiamétrie à l'aide de mots de recherche spécifiques pour chaque règle (ANNEXE I).

Ces mêmes mots ont été réutilisés dans un second temps sur la plateforme de l'Université de Lorraine afin de chercher si des ouvrages pouvaient nous intéresser dans les différentes bibliothèques universitaires de la région.

Le cumul de ces deux modes de recherche nous a permis de trouver soit des articles nous intéressant directement, soit des articles nous dirigeant, grâce à leur bibliographie, vers d'autres travaux plus en lien avec notre travail.

2.2.3. Critères de sélection des références

Pour obtenir un maximum de références, nous n'avons pas limité la période de recherche et avons utilisé des mots de recherche en français, ainsi que leur traduction en anglais principalement pour les sujets ne proposant que peu de références françaises (ANNEXE I).

Nous aurons réalisé une sélection en deux étapes :

- d'abord la lecture des titres (et des résumés si les documents en possédaient). Si ces derniers étaient évocateurs du contenu du document et s'ils abordaient notre sujet, nous les conservons pour consultation ;
- puis la lecture complète de ces documents conservés. Les informations exposées devaient avoir un intérêt dans notre projet. Les articles retenus suite à ces deux étapes figurent dans notre bibliographie.

2.2.4. Résultats obtenus

La stratégie de recherche précédemment décrite nous aura permis de consulter plusieurs dizaines de références pour chacune des règles.

Nous l'avons complété par des échanges oraux ou par courriels avec différents professionnels travaillant dans les domaines abordés. Lors de l'un de nos stages nous avons eu la chance de bénéficier d'une formation en lien étroit avec notre travail. Tout cela a contribué à donner une orientation plus aboutie et apporter du pragmatisme à ce travail.

3. LA PLACE DE LA VIDÉO DANS LA DÉMARCHE D'ÉDUCATION DU PATIENT

Les dix règles de ce mémoire serviront à réaliser une vidéo qui aura pour finalité d'éduquer un patient atteint d'une pathologie chronique.

Elle pourra alors s'inscrire dans deux types d'éducation différents selon la prise en charge du patient :

- l'Education Thérapeutique du Patient (E.T.P.), concept particulier composé de différents acteurs et de différentes étapes bien précises,
- l'information du patient, où la vidéo représente à elle seule le moyen d'apprentissage.

3.1. L'Éducation Thérapeutique du Patient

La définition que donne la H.A.S. à propos de l'E.T.P. est celle de l'OMS-Europe, publiée en 1996 : « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » [5].

Plus récemment, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » parue le 21 juillet 2009, intègre la notion d'E.T.P. dans le code de la santé publique en attestant qu' « elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. [...] » [6], mettant ainsi en valeur la place de l'E.T.P. dans la prise en charge et son développement au cours de ces dernières années.

L'E.T.P. peut être proposée à tout patient atteint d'une pathologie chronique, dès l'annonce de son diagnostic. Elle s'intéresse à des patients de tous âges, porteurs de tous types de maladies, peu importe le stade ou l'évolution, et à leur entourage si besoin est. Le seul critère d'inclusion est donc le caractère chronique de la pathologie. [5]

Elle est alors réalisée soit par le professionnel de santé lui ayant proposé cette prise en charge uniquement (lorsque l'éducation du patient ne nécessite pas l'intervention d'autres professionnels de santé) ; ou bien, dans le cas contraire, par une équipe pluridisciplinaire (M.K., médecins, ergothérapeutes, infirmiers, *etc.* ...).

Dans tous les cas, elle est obligatoirement réalisée par des professionnels de santé formés à l'E.T.P, c'est-à-dire « ayant acquis des compétences dans ce domaine au cours de leur formation initiale et continue ou à travers une expérience reconnue par une validation des acquis ». [7]

L'E.T.P. s'organise en quatre étapes nettement définies :

- l'élaboration d'un diagnostic éducatif : il permet d'identifier les besoins du patient, en faisant ressortir les composantes biomédicales, pédagogiques et psychosociales de ce dernier ;
- la mise en place d'un programme personnalisé d'E.T.P., permettant au thérapeute et au patient de formuler ensemble les compétences qu'il devra acquérir et maintenir au regard de son projet, avec des priorités d'apprentissage ;
- la planification des séances d'E.T.P. collectives ou individuelles, en détaillant le contenu de chacune d'elles (en fonction des besoins du patient), et la réalisation de ces dernières ;
- la réalisation d'une évaluation individuelle de l'E.T.P., qui permet d'objectiver l'acquisition des compétences du patient et d'actualiser son diagnostic éducatif, ce qui permet, si nécessaire, de lui proposer une nouvelle offre d'E.T.P. tenant compte de ses nouveaux besoins. [8]

Les ressources éducatives que le thérapeute possède pour l'apprentissage des compétences sont :

- des techniques de communication centrées sur le patient, comme avoir une attitude encourageante envers son patient, une écoute active, ou encore de l'empathie ;
- un éventail très large de techniques pédagogiques, comme des table-rondes, des séances de remue-méninges (brain-storming), des études de cas, des travaux pratiques, des simulations de gestes et de techniques, des témoignages documentaires, *etc.* ;
- des outils, facilitant l'apprentissage et la mémorisation des compétences, car multipliant les afférences sensorielles, comme par exemple des affiches, des cédéroms, des brochures, des bandes audio, et bien sûr des vidéos. [8]

C'est donc à ce niveau qu'intervient la vidéo éducative que nous aurons réalisé ; elle sera alors un outil efficace pour le thérapeute réalisant des séances d'E.T.P. et sera combinée à d'autres outils et d'autres techniques, judicieusement choisis en fonction des besoins du patient.

3.2. L'information du patient

Ce type d'éducation présente l'avantage d'être le plus simple à réaliser, car il peut être produit partout, à n'importe quel moment et peut prendre diverses formes (conseil, brochure, poster, message radiophonique, vidéo, ...). De plus, il permet d'atteindre une population plus ou moins importante en fonction de la forme choisie.

Dans cette forme d'éducation, la vidéo prend alors à elle seule le rôle d'information du patient, et ne nécessite pas d'outils supplémentaires.

L'inconvénient de ce type d'éducation est qu'il n'est pas personnalisé, et ne cible pas les besoins propres à chaque patient. Il présente donc des résultats moindres que ceux de l'E.T.P. En effet, « des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'antivitamines K ont montré que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. » [7].

4. LES DIX RÈGLES À MAÎTRISER POUR RÉALISER UNE BONNE VIDÉO ÉDUCATIVE

4.1. Avoir des objectifs clairs et fixés sur la finalité du projet

Au même titre que le lancement d'un nouveau produit sur le marché, la réalisation d'une vidéo éducative pour les patients nécessite une étude préalable, afin de connaître un certain nombre de données qui nous guideront lors de sa mise en place.

4.1.1. La population cible

Savoir à qui s'adresse notre vidéo est essentiel. Cela nous permettra en aval de sélectionner des modes de diffusions et de communications optimaux pour atteindre la population cible (voir les parties dévolues à la diffusion et à la communication) [9]. Il pourra s'agir des patients atteints de la pathologie étudiée, de leur entourage, voire même de la population générale.

4.1.2. L'objectif de la vidéo

Une fois la population cible identifiée, il convient d'étudier quels sont ses besoins et ainsi déterminer ce qu'enseignera la vidéo, et quels aspects seront plus détaillés [10].

Pour ce faire, le M.K. dispose de plusieurs moyens différents, tels que :

- des questionnaires à envoyer aux patients,
- des échanges avec l'association de patients qui, par son expérience, pourra nous orienter vers les déficits de connaissances de ses adhérents,
- son expérience personnelle (notamment selon les résultats des évaluations des séances d'E.T.P. qu'il aura réalisé, ou tout simplement en échangeant avec ses patients).

Suite à cette étude, le futur réalisateur saura si sa vidéo devra surtout apporter des connaissances relatives à la physiopathologie de la maladie, des conseils d'hygiène de vie, des exercices d'auto-entretien, des moyens de prévention, ...

4.1.3. Faire le point sur ce qui existe déjà

Il s'agit ici de connaître ce qui a déjà été réalisé sur le sujet. Tout ouvrage traitant de l'étude de marché souligne l'importance de s'informer autant que possible sur ce qui existe déjà dans le domaine où l'on cherche à s'implanter [9, 10, 11].

Dans le cas de notre vidéo, il sera bien évidemment indispensable de chercher sur internet, et notamment sur les principaux hébergeurs de vidéo en ligne (YouTube, Dailymotion, Vimeo, Google Vidéo, ...).

Il sera également nécessaire de se rendre sur le site de l'association de patients. La plupart des sites de ces associations proposent une rubrique permettant de mieux comprendre la maladie, pouvant être orientée ou non vers la rééducation [12], mais toutes ne possèdent pas de vidéo explicative [13].

Là encore, contacter l'association de patients pour récolter leurs connaissances sur le sujet s'avèrera utile.

4.1.4. Le type de vidéo

Lors de cette phase d'étude du projet, nous cherchons également à nous orienter vers une forme de vidéo particulière, car cela conditionnera les moyens mis en œuvre lors de sa réalisation.

Les formes que pourra prendre la vidéo sont multiples, et dépendront de l'imagination, des moyens techniques et financiers que possède le futur réalisateur. Cela pourra par exemple être une

vidéo d'animation, des séquences filmées censées représenter des scènes de la vie de tous les jours, des illustrations, une combinaison de différents modes (une séquence filmée agrémentée de représentations anatomiques par exemple) ; ou encore des formes plus originales, telles qu'une animation sur tableau blanc par exemple (« white board animation » chez les anglo-saxons). Nous ne détaillerons pas ce dernier type d'animation car la création de cette forme de vidéo demande une démarche particulière pour sa réalisation [14].

4.2. Posséder une connaissance parfaite de son sujet

Gaston Bachelard disait qu' « on ne pourra bien dessiner le simple qu'après une étude approfondie du complexe. » [15]. Cette étude approfondie de la pathologie passera dans notre cas, par une recherche bibliographique de qualité, qui permettra de prendre connaissance de ce qui est admis par la communauté internationale sur le sujet.

La littérature est vaste et peut se trouver à différents endroits. Pour débiter une recherche bibliographique, nous pouvons commencer par chercher sur internet, sur des sites web. L'inconvénient est que ces derniers ne sont d'aucune fiabilité, car ne possèdent pas de comité de lecture. Il ne s'agit alors que de l'avis de l'auteur. Par contre, ces derniers peuvent permettre de trouver des pistes, se rendre compte de ce qui est classiquement admis et éventuellement nous orienter vers une bibliographie.

Dans un second temps, nous pouvons nous rendre sur des bases de données. Il en existe un grand nombre, chacune ayant ses spécificités. Elles se différencient par leur sélectivité (selon leurs propres critères), leur domaine d'application (médical, physiothérapie, ...) et les langues des articles proposés. Pour en citer quelques unes : MEDLINE (consultable via PubMed), qui prétend à l'exhaustivité et regroupe toutes les sciences [16] ; Science Direct, qui est la base de données du premier éditeur mondial [17] ; Google Scholar, qui recense des articles scientifiques approuvés ou non par un comité de lecture [18] ; ou encore PEDro, qui recense les articles de physiothérapie en fonction de leur qualité [19].

La consultation de la base de données des bibliothèques universitaires peut également venir compléter nos recherches.

Savoir interroger la base de données est fondamental pour arriver aux sujets les plus pertinents pour notre travail. Cela commence par un choix intelligent des mots de recherche. Chercher en français est souvent insuffisant. L'anglais offre une richesse nettement supérieure en terme de nombre

d'articles, la traduction de ces mots de recherche en anglais (ou dans une autre langue si possible) augmentera alors considérablement le nombre d'articles pouvant nous intéresser.

L'utilisation d'opérateurs booléens (« AND », « OR », « AND NOT » et « OR NOT ») entre les mots clés permet de cibler la recherche.

La plupart des bases de données proposent des rubriques de recherche avancée permettant d'affiner la recherche (en limitant l'année de parution, en choisissant des journaux particuliers, ...).

Une fois les articles pertinents isolés, leur nombre reste bien souvent important. Cependant, chaque article n'a pas le même degré de fiabilité. Nous pouvons alors les consulter en respectant une hiérarchie, c'est la technique de l'entonnoir. L'ordre de consultation doit être le suivant :

- les recommandations de bonnes pratiques,
- les méta-analyses,
- les revues systématiques,
- les études contrôlées randomisées.

Notons que les études randomisées non contrôlées, les études contrôlées non randomisées et les études préliminaires sont des études destinées à vérifier la faisabilité de l'étude en mettant en place le protocole pour observer d'éventuels biais.

Enfin, les dates de publications sont importantes à prendre en compte. En effet, il apparaît nécessaire de s'intéresser plus spécifiquement au récent (afin d'éviter une obsolescence de nos propos), mais de ne pas oublier les études plus anciennes, couvrant l'orientation générale du sujet [20].

Une fois le sujet maîtrisé, le M.K. pourra alors synthétiser ses connaissances et se lancer dans son projet.

4.3. Connaître les modalités légales pour réaliser une vidéo

4.3.1. Le secret professionnel

Depuis la loi du 4 mars 2002, l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique offre aux personnes, le droit au secret des informations qui la concerne : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. » [21].

La violation du secret professionnel est un délit. Selon l'article 226-13 du Code Pénal, « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » [22]. D'où la nécessité de ne placer aucun indice permettant de connaître ou de déduire l'identité des personnes figurant dans le document final.

L'obligation du secret professionnel auquel est soumis le M.K. est une problématique venant se surajouter au droit à l'image dans le cadre d'une vidéo réalisée par ce dernier.

4.3.2. Le droit sur l'image

Pour pouvoir exploiter l'image d'une personne, il faut obtenir son accord écrit obligatoirement, après avoir précisé les différentes modalités d'utilisation de l'image obtenue.

En effet, devront figurer sur l'autorisation précisément :

- le lieu et la date pour chaque image exploitée,
- le support dans lequel apparaîtra ces données (DVD, site internet, ...),
- l'objectif final de la publication de l'image,
- la durée d'autorisation [23].

Le site du Centre National de la Recherche Scientifique (C.N.R.S.) propose un modèle de document d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne. [ANNEXE II]

Dans le cas où l'on capte ou fixe l'image d'une personne mineure, l'avis sera demandé à ce dernier, mais l'autorisation finale sera donnée par les représentants légaux. De la même façon, s'il s'agit d'une personne sous tutelle, ce sera le tuteur qui donnera expressément l'accord définitif.

Malgré ces démarches, le responsable du traitement des données s'expose toujours à un risque. Effectivement, si le patient a donné son autorisation, mais qu'il se reconnaît et juge que le traitement de ces données porte atteinte à son image, il est en droit de demander des dommages et intérêts pour le préjudice subi. Ajoutons aussi que le ministère public peut également engager des poursuites pour violation du secret professionnel, quand bien même la victime n'aurait pas déposé plainte, dès lors que la personne est identifiable.

L'autorisation écrite d'utiliser l'image du patient est donc nécessaire mais non suffisante pour éviter de manière certaine des poursuites pénales.

Afin d'éviter ce genre de situations, une solution est de masquer (ou de flouter) le visage de la personne concernée et/ou tout signe permettant à autrui de le reconnaître (grain de beauté, tache de naissance, tatouage, ...).

4.3.3. Déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

La CNIL est l'autorité de contrôle assurant la bonne application de la loi « informatique et libertés ». Elle est chargée de veiller à la protection des données personnelles, en exerçant un contrôle et peut infliger des sanctions administratives en cas de non respect de cette loi.

La déclaration de certains fichiers auprès de la CNIL est obligatoire depuis 1978 (date de création de la loi « informatique et libertés »), mais tous ne le sont pas. En effet, seuls les traitements de données à caractère personnel doivent être déclarés.

Selon l'article 2 de la loi « informatique et liberté » : « Constitue une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres. [...] » [24].

La déclaration à la CNIL ne sera alors nécessaire que si une personne apparaissant sur la vidéo est identifiable (si l'on ne peut pas masquer son visage par exemple, comme dans le cas d'une vidéo sur les paralysies faciales), et se surajoutera à l'autorisation écrite d'utilisation de l'image, recueillie dès le départ pour tous les patients apparaissant sur la vidéo. Contrairement à l'autorisation d'utilisation de l'image, la déclaration à la CNIL n'est nécessaire qu'une seule fois pour chaque finalité de traitement. Cela signifie que si nous souhaitons nous lancer dans la création de vidéos éducatives pour les patients (il s'agit donc d'une finalité bien précise), il suffira alors de déclarer une seule fois à la CNIL pour l'ensemble du projet (peu importe le nombre de personnes identifiables apparaissant dans les vidéos). [25]

4.3.4. Utilisation d'images provenant d'internet

Si nous voulons utiliser des images trouvées sur internet pour illustrer nos propos (comme une illustration anatomique par exemple), il nous faudra alors chercher dans des banques d'image proposant des images libres de droit. Elles sont définies ainsi par le type de licence à laquelle elles appartiennent.

Parmi ces licences, les plus courantes sont les « Creative Commons ». Ces licences sont les plus ouvertes de toutes, et offrent une sécurité juridique au niveau national et international.

Elles seront alors indiquées par l'acronyme « CC », et suivies par différentes mentions, définissant ainsi chaque licence, et qui conditionne alors le degré de liberté que l'auteur accorde aux utilisateurs [26]. (ANNEXE III)

Il existe plusieurs banques d'image permettant de trouver des images appartenant à ces licences. Nous pouvons par exemple citer : <http://www.flickr.com/creativecommons/> ou encore

https://commons.wikimedia.org/wiki/Main_Page (site particulièrement intéressant car les images y sont rangées par catégories).

4.4. Parvenir à attirer l'attention du patient et la retenir tout au long de la vidéo

4.4.1. L'attention visuelle

4.4.1.1. Le principe de la capture attentionnelle en vision

La capture attentionnelle est un phénomène qui est le résultat d'une « attraction involontaire et incontrôlable de l'attention par des signaux extérieurs » [27]. Elle semble résulter d'une combinaison équilibrée de processus endogènes (ou descendants) d'une part, et de processus exogènes (ou ascendants) d'autre part. Les processus endogènes correspondent au contrôle délibéré du sujet, qui dépend de ses attentes et de ses objectifs, alors que les processus exogènes sont relatifs aux propriétés physiques de la stimulation. En d'autres termes, cela signifie qu'il existe une balance pour ce qui est visuellement saillant et ce qui est pertinent.

La saillance est la propriété d'une information visuelle qui diffère de ses voisines, il s'agit donc d'une candidate potentielle à l'orientation attentionnelle (modulation ascendante) ; la pertinence correspond à l'information visuelle recherchée par l'observateur (régulation descendante). [28]

Michael et al. (2006) proposent un modèle hybride de l'attention : le modèle « Master Activation Map » (M.A.M.) qui illustre, entre autre, l'interactivité entre ces deux systèmes (fig. 1) [29].

Dans le cas du captage de l'attention pour une vidéo, c'est le rôle de la modulation ascendante qui nous intéresse (car nous ne pourrions avoir d'effet que sur les processus exogènes de l'attention).

Concernant la modulation ascendante, le modèle M.A.M. nous apprend que l'entrée visuelle est traitée par deux voies distinctes : une spécialisée dans le traitement des coordonnées spatiales de l'objet (ou de l'information visuelle), et une dans l'analyse des traits et des différentes dimensions de celui-ci (comme sa couleur, sa forme, sa taille, *etc.*). La voie spécialisée dans l'analyse des traits de l'objet représente les différences constatées entre les différents items du champ visuel sur la « carte de saillance », qui elle-même transmet ces informations à la « carte MAM ».

Le signal le plus fort reçu par la carte MAM guiderait l'attention vers son emplacement grâce à l'interaction qu'il existe entre cette carte et le centre spatial qui lui indique les coordonnées correspondantes. [27]

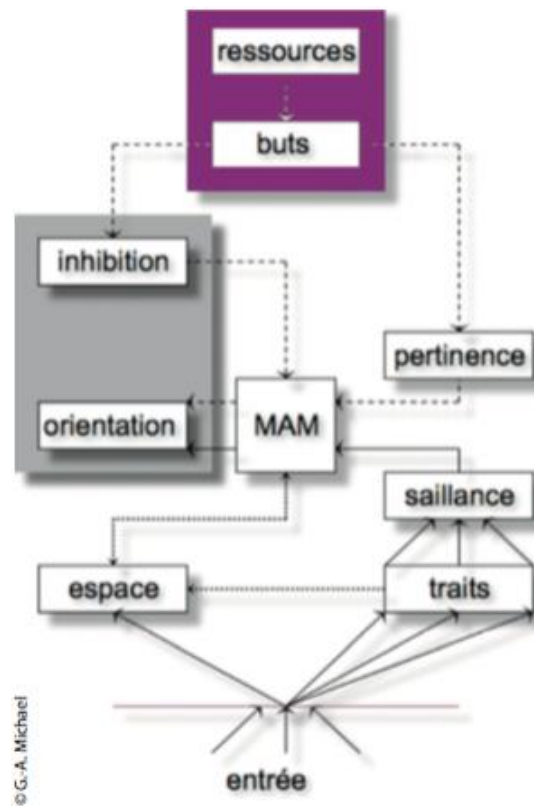


Figure 1 : Le modèle « Master Activation Map » [30]

4.4.1.2. La saillance visuelle

Pour qu'une vidéo réussisse à maintenir l'attention de l'observateur centrée sur elle, il faut jouer sur les processus exogènes (ou ascendants). Or l'élément central de ce traitement ascendant est la carte de saillance. Cette dernière calcule les différences qui existent entre les différents objets du champ visuel, et serait alors capable de donner à la carte MAM les items les plus saillants du champ visuel. Rappelons que la carte MAM dirigerait alors l'attention vers cet item grâce à la carte spatiale avec laquelle elle interagit. Tout l'enjeu est donc de faire en sorte que la localisation sur laquelle nous souhaitons que l'observateur porte son attention soit la plus saillante possible.

Duncan et Humphreys (1989) ont démontré qu'un objet gagne en saillance :

- s'il diffère sur au moins une dimension par rapport à ses voisins (et la saillance augmente avec le nombre de dimensions qui diffèrent),

- si ses voisins ont cette même dimension en commun (ce qui rend le reste du champ visuel homogène et donc peu saillant) [27].

Notons aussi l'existence d'une hypothèse concernant une propriété de la saillance qui a été reprise plusieurs fois : la notion de progressivité. Cette dernière suggère que l'attention est attribuée à l'objet le plus saillant du champ visuel, puis l'objet qui l'est immédiatement moins, et ainsi de suite (cette hypothèse a été confirmée par une étude mais, comptant un petit nombre de sujets) [27].

Ajoutons enfin l'hypothèse de Yantis et Hillstrom (1994), selon laquelle l'attention est attribuée involontairement et automatiquement à un objet lorsque celui-ci apparaît dans le champ visuel [31].

4.4.1.3. Application à la vidéo

Lors des séquences tournées dans un environnement, ce dernier doit être le moins chargé possible visuellement, afin de ne pas perdre l'observateur dans une jungle d'informations parasites. Il est donc important de limiter au maximum les objets saillants n'ayant pas d'utilité pour la compréhension afin que l'attention reste portée sur l'élément qui nous intéresse, nous privilégierons donc un fond le plus neutre possible.

L'idéal reste de tourner « sur fond vert » afin de pouvoir ajouter ensuite le fond que l'on souhaite grâce à un logiciel de montage vidéo et y placer un fond bien homogène sans saillance visuelle. La limite de cette méthode est son coût et son exigence en matière de maîtrise technique.

Lors d'une séquence avec des informations écrites, il serait intéressant de faire apparaître ces dernières sur un fond homogène et d'une couleur bien différenciable de celle du texte. Le fond blanc est idéal, car il empêche tout problème avec les observateurs atteints de daltonisme. La police doit être parfaitement lisible et le texte ne doit pas être trop long. Si nous avons beaucoup d'informations écrites à faire passer, nous privilégierons une énumération de celles-ci, en les faisant apparaître progressivement, selon la théorie du nouvel objet de Yantis et Hillstrom, afin que l'attention soit portée à chaque fois sur la nouvelle information apparaissant sur le champ visuel. Les informations les plus importantes pourront être mises en valeur en modifiant une de leurs dimensions.

4.4.2. L'attention auditive

Les études sont moins nombreuses que pour l'attention visuelle, mais nous noterons tout de même les travaux de Cherry (1953) et sa description de l' « effet cocktail party ». qui met en lumière l'attention sélective. Cette dernière reflète le phénomène selon lequel, lors d'une conversation avec une personne au sein d'une réception, il est possible de se concentrer sur ce que nous dit cette personne malgré le nombre de discussions simultanées aux alentours, mais qu'il est toujours possible de déplacer notre attention afin d'écouter une autre conversation proche de nous [32].

Ainsi, comme pour l'attention visuelle, il sera préférable de ne pas surcharger l'environnement auditif de sons inutiles, afin de s'assurer que l'observateur portera son attention uniquement sur les informations données (exemple : nous n'apposerons pas de musique en fond au moment où nous donnerons des informations, car cela pourrait être un distracteur).

4.5. Comprendre les procédés de mémorisation afin d'en faire profiter le patient

4.5.1. Définitions et différents types de mémoire

La mémoire est l'ensemble des systèmes biologiques et psychologiques dont les fonctions sont l'encodage (processus initial qui mène à une représentation), le stockage et la récupération de ces informations. Il existe plusieurs types de mémoires, qui peuvent d'abord être classés par durée de rétention : la mémoire sensorielle, la mémoire à court terme (M.C.T.), la mémoire de travail et la mémoire à long terme (M.L.T.).

La M.L.T. est celle qui nous intéresse, car c'est celle que nous visons pour inscrire les informations que nous donnerons au patient au cours de notre vidéo. La M.L.T. peut elle-même être divisée en deux sous-types principaux : la mémoire déclarative (celle des choses que l'on a conscience de savoir et dont on peut parler) et la mémoire procédurale (celle des choses que l'on sait faire et qu'il est possible de montrer par des gestes) [33].

4.5.2. Les différents types d'encodage

Concernant l'encodage, chaque personne présente des dispositions perceptuelles innées pour lesquelles elle aura plus de facilité. Les plus importantes seraient les voies visuelles, auditives et kinesthésiques [34]. Cela signifie que certaines personnes ont plus de facilité à encoder une information visuelle, d'autres une information auditive, et la troisième catégorie serait plus à l'aise avec les gestes.

Afin de faire profiter chaque type de patients, nous présenterons nos propos à l'aide d'images (illustrations, informations écrites, ...) accompagnées de la description orale correspondante. Notons qu'il est important que les informations données oralement correspondent simultanément à l'image. Si ce n'est pas le cas, les informations visuelles et auditives ne seraient pas en phase et cela risquerait de provoquer un conflit entre l'attention auditive et l'attention visuelle. Enfin, pour les patients ayant un encodage de type kinesthésique, nous pouvons proposer des scènes de mise en pratique où nous leur conseillons d'essayer de les reproduire eux-mêmes.

4.5.3. L'apprentissage à long terme appliqué à la vidéo

Il existe différents principes permettant de faire passer une information de la M.C.T. à la M.L.T. Nous en présentons ici quelques uns :

- de nombreuses études (Godden & Baddeley, 1975 ; Schab, 1990 ; Balch & Lewis, 1996) mettent en évidence que la récupération est plus aisée lorsque l'encodage est réalisé dans un contexte similaire à la récupération. Il sera alors intéressant de montrer les scènes de mise en pratique dans des lieux correspondants à ceux de la vie de tous les jours (exemple : montrer les gestes pour réaliser sa toilette dans une salle de bain, face à un miroir) [35] ;

- la théorie des niveaux de traitement exprime le fait que plus une information est analysée, interprétée ou comparée, plus ses traces mnésiques seront durables [36]. De plus, la capacité d'encodage est plus importante lorsque la conclusion est déclarée à l'avance (car cela donne un cadre à l'observateur pour les informations suivantes) [37]. Ainsi, lorsque nous donnerons une information importante (ou un conseil), cette dernière sera systématiquement suivie de son explication, afin que l'observateur puisse mieux la comprendre, l'interpréter, et donc faciliter le souvenir lors de la restitution ;

- l'effet de position sérielle est également à prendre en compte. À ce propos, l'effet de primauté et l'effet de récence, comme leur nom l'indique, traduisent le phénomène selon lequel dans une série d'informations, celles apparaissant au début et à la fin sont mieux retenues que celles du milieu [35] ;

- la fréquence d'apparition d'une information permet sa consolidation lors du stockage, plus une information est répétée, mieux elle sera mémorisée. Ainsi, dans notre travail, nous pourrions proposer une conclusion finale en réalisant un rappel des points importants qui ont été abordés lors de la vidéo éducative. Cela permettrait à la fois de jouer sur l'effet de récence et de mieux consolider ces informations ;

- l'attention portée par l'observateur est indispensable pour une bonne mémorisation (*cf* la partie dévolue à ce sujet) ;

- enfin, d'autres facteurs comme l'émotion, l'humeur, le degré de vigilance ou la motivation interviennent mais sont difficilement contrôlables, car propres à chacun. Nous pourrions tout de même susciter l'émotion de l'observateur en mettant en scène un patient atteint de la pathologie étudiée lors des scènes de mise en pratique [37].

4.6. Savoir réaliser efficacement une vidéo

La réalisation est « l'action de rendre quelque chose réel, du stade de la conception à celui de la chose existante. » [38]. Au cinéma, la réalisation d'un film s'effectue en trois phases, que nous transposons et adaptons ici à notre vidéo, bien plus courte et imposant moins de contraintes, mais exigeant la même rigueur pour présenter un travail de qualité.

4.6.1. Les pré-requis à la réalisation (ou préproduction)

Avant de passer au tournage des différentes scènes, certaines étapes devront être acquises :

- l'auteur doit réaliser un miniscénario (ou « storyboard ») qui donne à la vidéo une logique et une cohérence pour captiver le public. Le découpage du projet permet également à l'auteur de voir si la structure imaginée permet de comprendre correctement les apprentissages proposés, et d'assurer ainsi une chronologie adaptée (exemple : où placer une représentation ou un schéma explicatif),

- les différents plans et différents lieux auront été étudiés et choisis pour leurs qualités en fonction de ce qu'il faut mettre en évidence (exemple : des escaliers assez éclairés, avec ou sans rampe ; une prise de vue plus ou moins large pour visualiser les compensations du patient à éviter, ...),

- le texte de la narration (la « voix off ») sera défini à l'avance afin de savoir ce qui sera mis en relief et d'avoir une approximation de la durée de chaque prise et ainsi en limiter le nombre,

- les autorisations d'utilisation de l'image des différentes personnes intervenant dans la vidéo auront été recueillies.

Cette phase de préparation de la réalisation est appelée « préproduction ». Elle est essentielle pour faciliter le travail et gagner du temps lors de la conception. [38, 39]

4.6.2. Le tournage (ou production)

L'enregistrement visuel est réalisé à l'aide d'une caméra dont les caractéristiques importent peu (un caméscope aux fonctions standards fera l'affaire). Les points importants à connaître sur cette dernière sont : le format de l'image qu'elle va produire (le format standard utilisé par les téléviseurs et les hébergeurs en ligne est le 16/9 [40]) et le support d'enregistrement (pellicule ou bien format numérique, ce dernier étant plus pratique et bien plus économique).

Notons que la résolution (qualité de l'image) et le balayage (nombre d'images par seconde) confèrent une notion de fluidité à la vidéo. Ce sont les paramètres qui offriront un confort visuel à l'observateur.

Il est important que l'enregistrement se fasse en mode « paysage » (image horizontale) et non en portrait (image verticale), car cela permet de mieux faire coïncider l'image avec l'écran sur lequel l'observateur visualisera la vidéo.

Enfin, l'utilisation d'un projecteur (ou d'une source lumineuse) centré sur la cible, et l'utilisation d'un trépied pour les plans fixes apporteront un véritable « plus » en offrant une image de meilleure qualité [38].

L'enregistrement audio se fera grâce à un microphone. Ce dernier pourra être un matériel à part, ou bien directement intégré au matériel d'enregistrement vidéo, mais le rendu est souvent moins bon dans ce dernier cas. Il sera dans tous les cas important d'avoir une élocution irréprochable et d'être attentif aux bruits de fond. Nous vérifierons après l'enregistrement que la prise de son est parfaitement audible. En effet, cet élément simple permettra de faire la différence entre un travail amateur et un travail plus abouti [38]. Une voix plutôt enjouée et chaude améliorera l'attractivité [39].

Avant de commencer à tourner la scène, il sera important de bien expliquer au patient ce qu'on souhaite faire et ce qu'on attend de lui. Si possible, nous pourrions faire une répétition de la scène avec le patient. Cela permettra, à l'issue de cette dernière, de lui expliquer ce qui pourrait être corrigé ou amélioré (comme des compensations par exemple), lui permettant ainsi de bien comprendre ce qu'il a à faire. Cette répétition servira aussi au réalisateur à se calibrer correctement avec son matériel d'enregistrement par rapport aux lieux, et donc obtenir une scène d'une qualité optimale [38].

4.6.3. Le montage final (ou postproduction)

Une fois tous les enregistrements audiovisuels nécessaires effectués, il faudra alors assembler ces éléments entre eux pour obtenir la vidéo finale (selon le storyboard). Il est possible de réaliser le montage soi-même ou de le confier à un professionnel. Le montage vidéo requerra plus ou moins de compétences selon le résultat souhaité et s'effectuera à l'aide d'un logiciel de montage virtuel (également appelé « système de montage non linéaire »).

S'il s'agit simplement d'assembler des images et des sons ensemble, les capacités requises en montage vidéo ne seront pas excessives, et un logiciel de montage amateur fera parfaitement l'affaire. Il en existe une multitude, nous pouvons citer par exemple Windows Movie Maker sous Windows ou encore iMovie sous Mac OS comme logiciels intuitifs et performants.

En revanche, la réalisation d'une vidéo d'animation nécessite davantage de compétences et l'utilisation de logiciels spécialisés plus complexes. Il sera alors préférable de se rapprocher d'un professionnel en animation et montage pour réaliser ce travail [38].

4.7. Être simple pour favoriser la compréhension, sans être « simpliste »

Paradoxalement, la simplicité est un concept difficile à atteindre, mais pourtant indispensable pour favoriser la compréhension et l'apprentissage.

Pour tenter de mieux cerner cette notion et d'être en mesure de s'en approcher au maximum lors de notre travail, nous nous sommes intéressés à l'ouvrage du célèbre webdesigner John Maeda : *The Laws of Simplicity* (2006), considéré comme une référence pour ce concept. Dans cet ouvrage, il nous propose des méthodes, rassemblées en lois, destinées à rendre plus simple ce que nous entreprenons. Nous allons donc tenter d'extraire ce qui peut être transposé à notre projet.

4.7.1. Savoir sélectionner ce qui doit apparaître

À l'amorce de notre travail, nous nous retrouvons face à un lot considérable d'informations que nous avons pour objectif final de faire passer au patient. La première étape sera alors de diminuer cet ensemble conséquent de données à travers une réduction réfléchie.

En effet, nous avons pour vocation de laisser vivre ce qui vit, donc de conserver ce que nous avons en notre possession. La difficulté est alors de trouver le juste milieu entre ce qui est pertinent et ce qui l'est moins ; puis pour les éléments pertinents une balance entre la simplicité et la complexité.

Pour les éléments pertinents (donc conservés) mais considérés comme complexes, nous pourrions alors nous poser la question : « Quel niveau de simplicité puis-je atteindre ? » afin de permettre une compréhension par le plus grand nombre.

En cas de doute, Maeda nous conseille de « juste retirer », mais de « faire attention à ce que l'on retire ». L'idée est donc de réduire tout ce qui ne pénalisera pas l'observateur.

4.7.2. Organiser ce qu'il reste

Dans un deuxième temps, nous procéderons à une organisation des données (encore anarchiques) ayant été réduites en nous posant la question « Qu'est-ce qui va avec quoi ? », car l'auteur affirme que « l'organisation rend, à un système nombreux, l'apparence d'être plus réduit ».

Ainsi, nous rangerons ces informations dans des groupes que nous aurons étiquetés (exemple : « données anatomiques », « conseils pour les activités de la vie journalière », ...) et qui seront traitées successivement de manière ordonnée. Nous conseillons ainsi de séparer les scènes relatives à des explications théoriques (comme la physiopathologie de la maladie, la description anatomique, ...) des apprentissages pratiques. Ces apprentissages demandent une description précise de chaque mouvement, ne pouvant donc pas être alourdis par des explications théoriques en même temps.

Enfin, il faudra donner un ordre logique parmi ces groupes pour favoriser la compréhension. Il s'avère souvent plus compréhensible de commencer par la théorie, suivie de son application pratique, car « la connaissance simplifie tout ».

Pour faciliter cette phase d'organisation, Maeda nous propose la méthode « SLIP » pour Sert, Label, Integrate, Prioritize (traduction anglaise pour : trier, étiqueter, intégrer, prioriser).

4.7.3. Gérer son temps de manière optimale

Une troisième méthode qui permet de gagner en simplicité est le temps. En effet, « en économisant du temps, on a le sentiment que tout est plus simple » selon Maeda. Il sera donc intéressant d'aller directement à l'essentiel, mais en introduisant subtilement le sujet, afin de ne pas décourager l'observateur. Pour cause, « Commencer en douceur est le meilleur moyen pour faire avancer des étudiants, ou un nouveau client, dans le processus si absorbant qu'est l'apprentissage. ».

4.7.4. L'importance du contexte

Enfin, le contexte a également une place prépondérante : « ce qui se trouve à la périphérie de la simplicité n'est absolument pas périphérique » (où la simplicité dans notre cas représente l'acte d'éduquer le patient à travers des représentations, des scènes filmées ou encore du texte). Nous devons donc limiter ce que nous laissons voir à nos observateurs autour de ce qui nous intéresse.

Gardons en tête que rien, c'est déjà quelque chose. Si nous ne mettons rien autour de ce qui nous intéresse, l'observateur ne pourra accorder que plus d'attention à cette scène et donc beaucoup mieux l'apprécier (*cf* la partie sur l'attention). « Créer de l'espace blanc (ou, pour une pièce, de l'espace net), permet au premier plan de trancher avec l'arrière plan. ». Notre rôle sera alors de prêter attention à tout ce qui semblerait ne pas en mériter, et ainsi favoriser la simplicité de l'ambiance [41].

4.8. Faire valider la vidéo par une association de patients et d'utilisateurs

Les associations de patients ont un rôle central dans la conception de notre projet. En effet, elles seront pour le M.K. un interlocuteur de choix, de par leur expérience et par la place prépondérante qu'elles occupent auprès des patients atteints de la pathologie étudiée, et ce à différents moments du projet (voir les parties sur « les objectifs de la vidéo », « la communication »).

L'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) de l'Île-de-France définit les associations de patients et d'utilisateurs en déclarant qu'elles « visent à apporter une aide morale, pratique, financière, sociale ou juridique aux personnes malades et à leur entourage, par des actions individuelles ou collectives. » [42]. Chacune d'elles sont spécialisées pour une maladie ou un ensemble de maladies bien précis.

Ces dernières sont également un intermédiaire important entre l'autorité administrative compétente (H.A.S. au niveau national ou A.R.S. au niveau régional) et les patients atteints de cette maladie. C'est pourquoi ces associations (qui doivent être régulièrement déclarées) peuvent recevoir un agrément par ces autorités. Selon l'article L1114-1 du code de la santé publique, « [...] L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à la transparence de sa gestion, à sa représentativité et à son indépendance. [...] Seules les associations agréées représentent les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. » [43].

Par conséquent, ces associations peuvent, si elles sont agréées, travailler avec une autorité

publique et donc être une preuve d'expertise. Demander une validation de notre travail auprès de l'une de ces associations est fortement recommandé, car elle confère de multiples avantages :

- avant de valider le travail réalisé, l'association posera un œil critique sur ce dernier et pourra avoir un rôle d'éditeur en proposant éventuellement des modifications si besoin est. Si l'association valide le travail, ce sera alors un gage de qualité, qui assurera de la crédibilité à la vidéo,

- cela pourra éventuellement améliorer la communication de la vidéo, car il est possible de demander à l'association de diffuser notre vidéo en touchant directement notre population cible (*cf* la partie sur la communication). Cette dernière se réserve le droit d'accepter ou non notre proposition.

Remarquons enfin qu'il peut exister plusieurs associations de patients et d'utilisateurs pour une même pathologie et ne pas être toutes agréées. Dans ce cas, nous irons en priorité vers celle qui a reçu un agrément (si il en existe), puis vers les autres secondairement [44].

4.9. Choisir un mode de diffusion efficace

Il existe deux manières principales de diffuser une vidéo : via un support de stockage d'information, ou en ligne. Le choix de l'un de ces deux modes de diffusion dépendra surtout du public ciblé par la vidéo, mais notons que les deux peuvent être couplés afin d'augmenter sa portée.

4.9.1. La diffusion via un support de stockage d'information

Un support de stockage d'information est un matériel permettant le support d'informations électroniques. Il en existe différentes sortes permettant un stockage plus ou moins important et classées par génération :

- les supports optiques ou « de troisième génération » : ce sont les CD, DVD et Blu-Ray offrant une capacité croissante de stockage (la capacité d'un CD est souvent suffisante : 650 ou 700 Mégaoctets (Mo) suivant les modèles). Cette croissance se retrouve au niveau de leur prix : un disque Blu-ray coûte nettement plus cher que les deux autres, de plus il nécessite un lecteur adapté [45, 46] ;

- les supports à mémoire flash ou « de quatrième génération » (clé USB, cartes SD et microSD), qui présentent une capacité de stockage importante (généralement de 2 à 32 Gigaoctets (Go) mais pouvant aller jusqu'à 1 Téraoctet (To) pour certaines clés USB onéreuses), une petite taille, une facilité d'utilisation et un prix abordable. La clé USB présente l'avantage de pouvoir être lue sur davantage d'appareils numériques que les cartes SD et microSD (notamment certains téléviseurs et certaines consoles de jeux équipés d'un port USB) [47].

Les supports de première et deuxième génération (ruban perforé, cassette, disquette, ...) ne sont quasiment plus utilisés aujourd'hui.

Le support de stockage sera choisi en fonction de trois paramètres principaux :

- sa durée de vie (beaucoup plus aléatoire pour les mémoires flash),
- son coût (à l'exception du disque Blu-ray, les supports optiques sont les moins chers),
- sa capacité de stockage, pour cela il est nécessaire de connaître le poids de la vidéo définitive ; c'est pourquoi le support le plus adapté sera défini une fois le montage vidéo terminé et le poids de la vidéo connu [47].

Le poids d'une vidéo dépend de beaucoup de paramètres, tels que l'appareil l'ayant réalisé, sa qualité, son contenu, sa durée, son débit d'encodage, *etc.* Il est donc difficile d'estimer le poids d'une vidéo pour une durée donnée. Le Blu-ray est toutefois à éviter à cause des problèmes de compatibilité (au premier semestre 2014, seulement 17,4% des foyers possédaient un lecteur adapté) [48].

La diffusion via un support de stockage sera privilégiée si nous cherchons à cibler une population bien précise, sans atteindre d'autres individus (même si le risque est que le support soit regravé, c'est-à-dire qu'il soit copié et redistribué ensuite via un autre support de stockage). De plus, il pourra être proposé pour les personnes n'ayant pas d'accès à internet.

4.9.2. La diffusion directement en ligne

La diffusion de la vidéo directement sur la toile est le mode de diffusion le plus large possible. Il permet aux personnes ne pouvant pas se la procurer par un autre moyen d'y avoir accès, et peut même s'étendre aux individus qui ne sont pas concernés directement par le contenu de cette dernière. En ce point, il faut donc faire attention, car la vidéo peut être diffusée sur n'importe quel blog sans que l'autorisation n'ait été demandée au réalisateur. Des paramètres peuvent être réglés au moment de sa publication pour éviter cela (il est possible d'ajouter une confidentialité particulière à la vidéo selon les hébergeurs).

Pour qu'une vidéo puisse être diffusée sur internet, il faut qu'elle soit ajoutée sur un site spécialisé : « un hébergeur ». Ce dernier assure le stockage et la mise à disposition du contenu [49].

Il existe une multitude d'hébergeurs, dont les principaux sont YouTube (leader mondial de l'hébergement vidéo, que nous conseillons pour toucher une population la plus large possible,

disponible sur www.youtube.com), Dailymotion (site français, disponible sur www.dailymotion.com) et Vimeo (hébergeur uniquement réservé aux auteurs du contenu qu'ils souhaitent partager, disponible sur www.vimeo.com).

Pour chacun de ces hébergeurs, il suffit de se créer un compte sur leur site pour pouvoir poster une vidéo. Cette dernière sera alors disponible via une adresse web précise (un URL) et pourra être partagée (ou non) sur d'autres sites, des blogs, des réseaux sociaux, *etc.*, grâce à cet URL.

Rappelons qu'il est possible de limiter la diffusion de la vidéo dans les paramètres de confidentialité de l'hébergeur au moment de la poster, en restreignant l'accès de manière plus ou moins importante (comme aux seules personnes disposant de l'URL de la vidéo par exemple, la vidéo devenant alors impossible à trouver sur l'hébergeur pour toutes les autres).

4.10. Posséder des outils de communication efficaces pour atteindre le public cible

4.10.1. Définition et rôles de la communication

Une fois la vidéo diffusée, il faut qu'elle puisse atteindre la population ciblée au début de notre projet, et c'est grâce à une bonne communication que nous pouvons y parvenir.

Donner une définition de la communication est quelque chose de très complexe, car elle recouvre de nombreux domaines. Elle ne possède donc pas une seule définition, mais une multitude, mettant chacune l'accent sur une notion différente (le contact, l'échange entre deux personnes, le transport, l'information, la publicité, ...). [50]

Nous proposons alors ici une définition simple de la communication, adaptée à notre cas : il s'agit de l'ensemble des moyens pouvant être mis en œuvre pour que la vidéo atteigne le public cible.

4.10.2. Quelques outils de communication

Rappelons qu'il est important de connaître son public cible, car les outils employés ne seront pas les mêmes. Tous les moyens sont bons pour atteindre ce dernier. Nous cherchons alors à mettre en place un maximum d'outils nous permettant d'y arriver.

Nous proposons ici une liste de vecteurs applicable mais non exhaustive.

4.10.2.1. L'association de patients

Nous pouvons nous mettre d'accord avec l'association de patients quant à un mode de communication, conjointement défini, pour proposer la vidéo à ses usagers (si cette association l'a préalablement validée). Cela peut être directement sur leur site internet, lors de réunions d'information, par mail, *etc.*

4.10.2.2 Les professionnels de santé

Les professionnels en lien avec ces patients, notamment les médecins diagnostiquant la pathologie étudiée qui pourront intervenir précocement (exemple : les neurologues pour la maladie de Parkinson) et les autres professionnels paramédicaux prenant en charge ce type de patient (kinésithérapeutes, orthophonistes, ...) sont des vecteurs importants pour la communication de notre vidéo, car ont un lien privilégié avec ces derniers. Nous pourrions effectivement les informer de l'existence de la vidéo en les renseignant sur le moyen d'y accéder. Il est également possible de leur fournir directement la vidéo, qu'ils pourront ensuite retransmettre eux-mêmes aux patients.

4.10.2.3. Le « bouche à oreille »

Nous pourrions nous-même informer les patients de l'existence de cette vidéo, notamment lors des séances d'E.T.P., tout en leur indiquant où se la procurer, et les inciter à en parler autour d'eux si ils connaissent d'autres patients atteints de la pathologie (ou tout simplement à leur entourage).

4.10.2.4. L'hébergeur

Si la vidéo est diffusée directement en ligne via un hébergeur, ce dernier permettra de retrouver la vidéo directement sur son site grâce à la saisie de mots-clés dans sa barre de recherche. Pour cela il faudra, lors de la publication de la vidéo sur le site, donner des mots-clés (ou « tags ») pertinents. Ils seront utilisés par l'hébergeur pour orienter les internautes qui les auront tapé vers notre vidéo : c'est le principe du moteur de recherche. De plus, nous conseillons, dans le cas d'une vidéo diffusée en ligne, de choisir un titre simple avec des mots accessibles et contenant le nom de la pathologie (exemple : « Parkinson : maladie et rééducation »). Il est important de se mettre à la place du patient désireux de s'informer sur sa pathologie, et d'anticiper quels seront les mots qu'il utilisera dans la barre de recherche, afin de faire en sorte que le site lui propose notre vidéo [51].

4.10.2.5. Les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux ont une part de plus en plus importante dans la vie des français. En effet, selon un communiqué de Médiamétrie, Facebook comptait plus de 25 millions de visiteurs uniques pour le mois de décembre 2015 dans l'hexagone et Twitter en totalisait près de 5,5 millions [52]. Il s'agit donc d'une force de frappe efficace pour la communication, à condition de savoir s'en servir. Nous ne présenterons que ces deux réseaux sociaux, en raison de leur popularité et de leur possibilité d'atteindre de manière ciblée des groupes de malade.

Facebook est de très loin le réseau social le plus utilisé à travers le monde et également en France. Il présente l'énorme avantage de pouvoir créer des communautés de personnes, notamment à travers des groupes qui réunissent toutes les personnes souhaitant y participer. Dans ces groupes, il est possible de partager des informations et de s'exprimer plus ou moins librement (selon les paramètres de confidentialité définis par le créateur du groupe). Il serait donc très intéressant d'intégrer les communautés virtuelles des patients porteurs de la pathologie concernée pour partager notre vidéo.

Concernant Twitter, le modèle est différent : l'utilisateur rédige un message (ou « tweet ») et qui ne sera visible que par les personnes qui le « suivent » virtuellement : ses « followers ». Cependant, il est possible que le tweet gagne en visibilité si ce dernier possède des « hashtags », des « mentions » ou s'il est « retweeté » :

- le hashtag est une suite de caractères précédée du signe « # ». Une fois le message publié avec un hashtag, le tweet pourra être retrouvé grâce à ce dernier : tous les tweets possédant ce hashtag sont répertoriés et peuvent être retrouvés en cliquant dessus (exemple : #Parkinson ou #Rééducation) ;

- la mention consiste à référencer d'autres utilisateurs en utilisant le signe « @ » suivi du nom exact de l'utilisateur voulu. Ainsi, les followers de l'utilisateur mentionné seront susceptibles de découvrir notre tweet. Ici, le plus intéressant serait de mentionner l'association de patients concernée pour toucher directement la population cible (exemple : @FranceParkinson) ;

- le retweet est l'action selon laquelle un utilisateur partage le tweet d'une autre personne en n'y apportant aucune modification. Cela a pour finalité de rendre ce tweet de base visible à ses followers (même si ces derniers ne sont pas des followers de l'utilisateur ayant réalisé le tweet de base).

Sur Twitter, il faudra donc apprendre à maîtriser les hashtags et les mentions pour gagner en visibilité et être éventuellement retweeté par un maximum d'utilisateurs [53].

Pour chaque réseau social, nous conseillons de procéder à un « repérage du terrain » afin de comprendre les codes propres à ce dernier et de savoir où et comment son message doit être posté.

Rappelons enfin que pour rendre une vidéo accessible sur les réseaux sociaux, il suffit de partager l'URL de la vidéo fournie par l'hébergeur (*cf* la partie sur la diffusion).

5. DISCUSSION

5.1. Le format vidéo est-il adapté pour l'éducation des patients ?

À l'heure où les tablettes numériques prennent la place des bibliothèques dans les foyers, la vidéo apparaît en phase avec l'évolution des modes d'apprentissage.

De plus, des études démontrent que l'association entre des informations visuelles et verbales entraînent une meilleure captation (Wallen et al. ; 2006), et que le format vidéo permet une meilleure intégration des informations qu'une présentation orale traditionnelle (Morgan et al. ; 1990) [54].

La vidéo présente également l'avantage de pouvoir être visionnée un nombre illimité de fois et presque n'importe où.

Cependant, une vidéo présente quelques inconvénients qu'il convient de noter :

- c'est un support qui apporte des connaissances définies, et ne s'adapte donc pas aux besoins du patient,
- en cas d'incompréhension concernant une information, le patient ne pourra pas questionner le M.K. (du moins pas directement),
- certains patients peuvent présenter des difficultés à gérer des outils numériques, les empêchant ainsi de visionner la vidéo en autonomie (des personnes âgées, ou des patients paralysés par exemple),
- ce type de support n'est pas modifiable. Une fois la vidéo diffusée, il n'est plus possible de lui apporter des modifications (la seule solution est de diffuser une nouvelle vidéo).

Une vidéo peut donc offrir un véritable « plus » dans la démarche d'éducation du patient, mais à condition d'être correctement conçue, et de ne pas être considérée comme un moyen d'éducation unique. Elle doit être un complément aux autres outils que possède le M.K. pour éduquer les patients.

5.2. Comment ont été choisies ces règles ?

La réalisation d'une vidéo, de son idée de base jusqu'à sa diffusion, englobe un grand nombre de domaines, qui ne peuvent pas tous être traités. Nous avons procédé à un choix arbitraire des sujets à aborder. Ces règles n'ont donc pas la prétention d'être exhaustives par rapport à la réalisation d'un tel projet.

Notre objectif aura tout de même été de réaliser dix règles qui permettent au M.K. d'assimiler les différentes étapes essentielles pour concevoir une vidéo. De plus, nous avons cherché à ce qu'elles soient aisées à comprendre, pour que le manque de connaissance éventuel du M.K. en matière de réalisation de vidéo ne lui soit pas préjudiciable.

Nos recherches préliminaires nous ont permis de mettre au point dix règles provisoires, et de donner une orientation concrète à nos recherches.

Ensuite, nous avons débuté notre étude par les règles qui nous paraissaient les plus indispensables à maîtriser. L'approfondissement de ces domaines nous a conduit progressivement à modifier ou à préciser les autres règles.

Le choix des règles aura sans cesse été gouverné par l'auditoire ciblé, à savoir les M.K. intéressés à se lancer dans la conception d'une vidéo éducative, sans forcément avoir de connaissances en la matière.

5.3. Manque d'application pour valider le travail

Pour valider notre travail, il serait utile de le mettre en application. La réalisation d'un projet, suivant les dix règles que nous avons mises en place permettrait de les évaluer et de les perfectionner. Nous pourrions nous rendre compte quels sont les points pouvant être améliorés. Cela nous permettrait également d'ajouter des informations sur un domaine qui n'a pas été abordé dans ce travail et qui pourrait donner lieu à la production d'une vidéo encore plus aboutie.

5.4. Les difficultés rencontrées dans ce mémoire

5.4.1. Le vaste champ des différents domaines de recherche

Nous avons procédé à une recherche documentaire spécifique pour chacune des règles abordées. Certains thèmes proposent une quantité abondante de références. Il était donc nécessaire de restreindre le champ de recherche et de le recentrer sur la vidéo éducative.

Nous avons étudié la majorité des sujets en deux phases :

- la première avait pour objectif de cerner rapidement le sujet dans sa globalité, sans cibler spécifiquement d'application à la vidéo. Cette recherche nous a permis de comprendre les bases du sujet que nous étudions, et quels étaient les versants vers lesquels nous pouvions nous orienter pour notre travail ;

- la seconde, qui fut le fruit de la première, avait pour but de cibler les documents apportant des informations pratiques ou ayant un intérêt direct dans la conception d'une vidéo éducative.

Nous avons également utilisé le concept du « *crowd sourcing* » (littéralement « production participative » en anglais), en interrogeant des professionnels travaillant dans les domaines abordés. Cela nous a permis d'avoir l'avis de personnes expérimentées et ayant du recul par rapport à notre travail. Ils nous ont, pour la plupart, orienté à travers la multitude d'articles que proposent les bases de données, vers des références documentaires en lien avec notre travail.

5.4.2. Le contenu des différentes règles

Même si l'objectif de notre travail est avant tout pratique, il est nécessaire d'introduire un sujet par quelques notions de théorie, pour placer un cadre et donner des repères au lecteur. Ainsi, pour chaque règle, l'enjeu est de trouver le juste milieu entre le niveau d'informations théoriques et pratiques.

Pour cela, nous avons cherché à limiter les informations théoriques aux seules explications permettant de comprendre l'application décrite ultérieurement.

De plus, la restriction relative au nombre de pages imposé par les consignes de rédaction nous a poussé à synthétiser au maximum la masse d'informations récoltées.

5.4.3. Manque de références bibliographiques concernant les outils de communication

Nos recherches au sein de la littérature ne nous ont pas permis de trouver d'outils de communication permettant à une vidéo éducative d'atteindre une population de patients. Ceux que nous avons proposés lors de ce travail font suite à des échanges et à leur intérêt pratique.

D'autres travaux pourraient alors être entrepris, dans le but de confirmer ou de proposer de nouveaux outils.

6. CONCLUSION

En plus de sa facilité d'utilisation pour le patient, la vidéo éducative permet une bonne mémorisation des informations. Ses applications sont considérables (explication de la physiopathologie d'une maladie, facilitation des gestes de la vie quotidienne, exercices à faire en autonomie, ...). Cependant, la vidéo ne peut se suffire à elle-même dans la démarche d'éducation du patient, mais doit être intégrée dans un programme personnalisé en fonction de ses besoins.

La conception d'une vidéo implique tout de même des compétences qui doivent être maîtrisées. Nous avons rassemblé ces dernières sous forme de règles, pour que n'importe quel M.K. souhaitant se lancer dans un tel projet puisse réaliser une vidéo efficace.

Le suivi de ces règles a pour but de lui permettre d'être orienté tout au long de son projet et de savoir comment s'y prendre pour concevoir intelligemment un travail de qualité. Elles ont également comme finalité de lui expliquer comment rendre son contenu accessible, et de faciliter une mémorisation sur le long terme, pour que *in fine*, les connaissances du patient sur sa maladie (ou sa prise en charge) soient notablement améliorées. Cela lui permettrait ainsi de se familiariser avec sa maladie, et/ou de mieux assumer sa prise en charge de manière autonome.

Enfin, tout l'enjeu est de parvenir à ce que la vidéo réalisée atteigne les patients ciblés, avec des modes de diffusion et des outils de communication performants.

L'application de ces dix règles doit permettre au M.K. de réaliser une vidéo éducative aboutie, mais la finalité est d'améliorer les connaissances du patient sur sa pathologie : il faut maintenant évaluer la justesse de nos choix. L'objectif final de notre démarche étant l'amélioration de la qualité de vie du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Thouvenin D. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, changement de modèle, changement de règles. *Soins* 2015;60:29–31.
- [2] Bahloul N, Abid S, Hammami I, Marouen F, Feki W, Ayadi H, et al. Impact de la connaissance de la maladie sur le contrôle de l'asthme. *Rev Mal Respir* 2015;32:A72.
- [3] Roche N, Perez Th, Neukirch F, Carré Ph, Terrioux Ph et al. Sujets à risque de BPCO en population générale: disproportion entre la fréquence des symptômes, leur perception et la connaissance de la maladie. *Rev Mal Respir* 2009;26:521–9.
- [4] Hartland W, Biddle C, Fallacaro M. Audiovisual facilitation of clinical knowledge: a paradigm for dispersed student education based on Paivio's Dual Coding Theory. *AANA* 2008;76.
- [9] Derval D. Réussir son étude de marché en 5 jours. Paris: Eyrolles; 2011.
- [10] Vinay E. Réaliser votre étude de marché. 3rd ed. Paris: Eyrolles; 2010.
- [11] Vernet É. Techniques d'études de marché. 3rd ed. Paris: Vuibert; 2011.
- [15] Bachelard G. Le nouvel esprit scientifique. Paris: Félix Alcan; 1934.
- [20] Pautasso M. Dix règles simples pour rédiger une revue de littérature. *Kinésithérapie Rev* 2014;14:30–4.
- [27] Michael GA, Fernandez D, Vairet A-V. Capture attentionnelle en vision : la pertinence, la saillance et la balance cortico-sous-corticale 2007:165–201.
- [28] Hopfinger JB, West VM. Interactions between endogenous and exogenous attention on cortical visual processing. *NeuroImage* 2006;31:774–89.

- [29] Michael GA, Garcia S, Fernandez D, Sellal F, Boucart M. The Ventral Premotor Cortex (vPM) and Resistance to Interference. *Behav Neurosci* 2006;120:447–62.
- [30] Michael GA. Transnosographie des processus attentionnels basée sur le modèle Master Activation Map : étude préliminaire d'un continuum neuropsychiatrique. *Kinésithér Scient* 2014:41–5.
- [31] Yantis S, Hillstrom AP. Stimulus-driven attentional capture: evidence from equiluminant visual objects. *J Exp Psychol Hum Percept Perform* 1994;20:95–107.
- [32] Arons B. A review of the cocktail party effect. *J Am Voice IO Soc* 1992;12:35–50.
- [33] Fiori N. Mémoire. *Neurosci. Cogn.*, Armand Colin; 2006, p. 96–114.
- [34] Chevrier J, Fortin G, Théberge M, Leblanc R. Le style d'apprentissage : une perspective historique. *Style Apprentiss* 2000;28.
- [35] Gerrig R, Zimbardo P. La mémoire. In *Psychologie*, 18th ed. Paris : Pearson Education, 2012. p. 166–96.
- [36] Craik FI, Lockhart RS. Levels of processing: A framework for memory research. *J Verbal Learn Verbal Behav* 1972;11:671–84.
- [37] Leblanc R, Chevrier J, Fortin G, Théberge M. Le style d'apprentissage : perspective de développement. *Style Apprentiss* 2010;28.
- [38] Hunt R-E. Réalisation de films. Paris: Pyramyd; 2010.
- [39] Bourne J, Burstein D. Vidéo pour le web : Filmez et faites-vous connaître sur la toile. Paris: Pearson; 2010.
- [41] Maeda J. The laws of simplicity. Cambridge: MIT press; 2006.
- [45] Charton É. Gravure des CD et DVD. Paris: CampusPress; 2002.

- [50] Aïm O, Billiet S. La théorie de la communication : une histoire de modèles et de schémas. In Communication. Paris: Dunod; 2015, p. 1–7.
- [51] Dang Ngoc F. Moteur de Recherche : Personnalisé et Décentralisé. 2006. 131 p. Thèse Scient. : Paris-Sud.
- [53] Suh B, Hong L, Pirolli P, Chi EH. Want to be retweeted? large scale analytics on factors impacting retweet in twitter network. Soc. Comput. Socialcom 2010 Ieee Second Int. Conf. On, IEEE; 2010, p. 177–84.
- [54] Ferland G, Goyer I, Lebel D, Bussièrès JF. Utilisation de la vidéo pour la formation des professionnels de la santé. Pharmactuel, 2011;44:277-82.

BIBLIOGRAPHIE INTERNET

- [5] H.A.S. Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007 [cited August 18, 2015]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf.
- [6] Légifrance. Code de la santé publique - Article L1161-1. 2009 [cited August 18, 2015]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891758&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- [7] H.A.S. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007 [cited August 18, 2015]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.
- [8] H.A.S. Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? 2007 [cited August 18, 2015]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf.

- [12] [Site APF de la sclérose en plaques] 17 Vidéos : La sclérose en plaques expliquée par un neurologue [cited March 7, 2015]. <http://www.sclerose-en-plaques.apf.asso.fr/spip.php?article534#13>.
- [13] Fibromyalgie France : Prise en charge [cited March 7, 2015]. <http://www.fibromyalgie-france.org/traitements.html>.
- [14] Vidéo Explicative, Storytelling en vidéo - VIDEOTELLING [cited March 4, 2015]. <http://www.videotelling.fr/>.
- [16] pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [cited February 17, 2016]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- [17] ScienceDirect.com | Science, health and medical journals, full text articles and books [cited February 17, 2016]. <http://www.sciencedirect.com/>.
- [18] Google Scholar [cited February 17, 2016]. <https://scholar.google.fr/>.
- [19] Base de Données de la Physiothérapie Fondée sur les Preuves (Français) [cited February 17, 2016]. <http://www.pedro.org.au/french/>.
- [21] Légifrance. Code de la santé publique - Article L1110-4. 2011 [cited November 21, 2015]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685745&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- [22] Légifrance. Code pénal - Article 226-13. 2002 [cited November 21, 2015]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417945&cidTexte=LEGITEXT000006070719>.
- [23] CNRS. Droit à l'image de la personne. 2011 [cited November 21, 2015]. <http://www.dgdr.cnrs.fr/daj/propriete/image/image.htm>.
- [24] Légifrance. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés - Article 2. 2004 [cited November 21, 2015].

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006528061&cidTexte=LEGITEXT000006068624>.

- [25] CNIL. Déclarer un fichier [cited November 21, 2015]. <https://www.cnil.fr/fr/declarer-un-fichier> [cited November 21, 2015].
- [26] Creative Commons France. [CONTRIBUTION] CC FRANCE – CNN « AMBITION NUMÉRIQUE ». 2015 [cited November 18, 2015]. <http://creativecommons.fr/contribution-cc-france-ambition-numerique/>.
- [40] Paramètres avancés de codage recommandés pour la mise en ligne - Aide YouTube [cited January 30, 2016]. <https://support.google.com/youtube/answer/1722171?hl=fr>.
- [42] A.R.S. Île-de-France. Les associations de patients et d’usagers [cited November 30, 2015]. <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-associations-de-patients-e.125459.0.html>.
- [43] Légifrance. Code de la santé publique - Article L1114-1. 2009 [cited November 30, 2015]. <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685817>.
- [44] H.A.S. Cadre de coopération avec les associations de patients et d’usagers. 2008 [cited December 9, 2015]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cadre_cooperation_associations_patients_usagers.pdf.
- [46] Le Webmestre. HD DVD contre Blu-Ray. 2005 [cited November 30, 2015]. <https://www.coindeweb.net/blogsanssujetprecis//index.php?post/2005/09/16/2-hd-dvd-contre-blu-ray>.
- [47] Depoortere R, Jotterand J-L, Soyez S. Conserver des documents numériques. 2013. [cited November 29, 2015]. http://www.arch.be/docs/brochures/conserver_documents_numeriques.pdf.
- [48] CSA. Observatoire de l’équipement audiovisuel des foyers au 1er semestre 2014 [cited November 24, 2015]. <http://www.csa.fr/Etudes-et-publications/Les-observatoires/L->

observatoire-de-l-equipement-audiovisuel-des-foyers/L-equipement-audiovisuel-des-foyers-au-premier-semester-2014.

- [49] Mille É. Hébergeur 2.0. L111-1 Propr Intellectuelle Nouv Technol. 2007 [cited November 25, 2015]. <http://www.l111-1.fr/?post/2007/11/19/88-l-hebergeur-20>.
- [52] Médiamétrie. Audience Internet Ordinateur en France en décembre 2015. 2016 [cited February 2, 2016]. <http://www.mediametrie.fr/internet/communiques/telecharger.php?f=f0dd4a99fba6075a9494772b58f95280>.

ANNEXES

ANNEXE I : Tableau récapitulatif de la recherche bibliographique

ANNEXE II : Modèle d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

ANNEXE III : Les différents types de licences Creative Commons

ANNEXE I : Tableau récapitulatif de la recherche bibliographique

Règle	Mots de recherche	Nombre d'articles consultés	Nombre d'articles retenus
Avoir des objectifs clairs et fixés sur la finalité du projet	« étude de marché »	6	3
	« association française de patients »	5	2
	« types de vidéo », « vidéo éducative », « video types », « educational video »	18	1
Posséder une connaissance parfaite de son sujet	« méthodologie », « recherche », « bibliographique »	4	1
Connaître les modalités légales pour réaliser une vidéo	Formation reçue	11	5
	« autorisation », « utilisation », « image »	6	1
Parvenir à attirer l'attention du patient et la retenir tout au long de la vidéo	« attention visuelle », « saillance visuelle », « attention auditive », « visual attention », « visual saliency », « auditory attention »	23	5
Comprendre les procédés de mémorisation afin d'en faire profiter le patient	« mémoire », « mémorisation », « encodage à long terme », « apprentissage »	19	4
Savoir réaliser efficacement une vidéo	« réalisation vidéo », « montage vidéo »	18	2
	« format vidéo »	4	1
Être simple pour favoriser la compréhension, sans être « simpliste »	« simplicité », « compréhension », « simplicity », « comprehension »	15	1

Faire valider la vidéo par une association de patients et d'usagers	« association de patients »	13	3
Choisir un mode de diffusion efficace	« stockage numérique », « support de stockage »	9	3
	« hébergeur vidéo »	9	1
	« observatoire blu-ray »	2	1
Posséder des outils de communication efficaces pour atteindre le public cible	« outils de communication »	16	2
	« moteur de recherche »	10	1
	« audience internet France »	4	1








ANNEXE II : Modèle d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

<p>Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne au sein d'un film</p> <p>Je soussigné(e) : Demeurant :</p> <p>Autorise à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif mon image et ma prestation réalisée àle pour les besoins de la réalisation d'un film intitulé «» d'une durée respective de minutes sur support internet et de leur exploitation sur tout support, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale.</p> <p>Le film ci-dessus mentionné a vocation à faire l'objet de représentation publique et de reproduction.</p> <p>La représentation publique du film précité comporte notamment la communication de l'œuvre au public par :</p> <ul style="list-style-type: none">- projection publique,- podcast,- télédiffusion par voie hertzienne, y compris satellite,- télédistribution par câble gratuite ou payante, au forfait ou à l'acte,- télédiffusion de l'œuvre dans un lieu accessible au public,- émission vers un satellite permettant la réception de l'œuvre par l'intermédiaire d'organismes tiers,- et plus généralement tous moyens existants ou à venir. <p>Sa reproduction se fera notamment par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none">- de tous originaux, doubles et copies en tous formats et par tous procédés existants ou à venir ;- de toute version de l'œuvre, française ou étrangère (doublage ou sous-titrage). <p>Cette autorisation est valable pour toute la durée de l'exploitation du film).</p> <p>Fait à _____, le _____ en deux exemplaires.</p> <p>Signature</p>

Document disponible et téléchargeable à l'adresse suivante :

<http://www.dgdr.cnrs.fr/daj/propriete/image/Docs/autorisation%20photo-1.doc>.

ANNEXE III : Les différents types de licences Creative Commons

Licence Creative Commons	Terme abrégé de la licence	Symbole de la licence	Type de licence
Zéro	CC-Zero		Licence libre non copyleft
Paternité	CC-BY		Licence libre non copyleft
Paternité Partage dans les mêmes conditions	CC-BY-SA		Licence libre copyleft
Paternité Pas de modification	CC-BY-ND		Licence de libre diffusion
Paternité Pas d'utilisation commerciale	CC-BY-NC		Licence de libre diffusion
Paternité Pas d'utilisation commerciale Partage dans les mêmes conditions	CC-BY-NC-SA		Licence de libre diffusion
Paternité Pas d'utilisation commerciale Pas de modification	CC-BY-NC-ND		Licence de libre diffusion

Paternité [BY] : l'œuvre peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à l'auteur en citant son nom.

Pas d'utilisation commerciale [NC] : le titulaire de droits peut restreindre l'œuvre aux utilisations non commerciales (les utilisations commerciales restant soumises à son autorisation).

Pas de modification [ND] : le titulaire de droit autorise la reproduction et la diffusion uniquement de l'original de l'œuvre (les modifications restant soumises à son autorisation).

Partage dans les mêmes conditions [SA] : le titulaire de droit autorise que son œuvre soit diffusée et modifiée, à condition que toute adaptation de cette dernière soit publiée sous les mêmes conditions que la sienne (les adaptations sous d'autres conditions restant soumises à son autorisation).

RÉSUMÉ

L'éducation du patient atteint d'une pathologie chronique prend une place centrale dans son accompagnement, puisqu'elle lui permet de gagner en autonomie dans sa prise en charge. De par sa position privilégiée dans le parcours de soins, le masseur-kinésithérapeute (M.K.) a un rôle important dans cette éducation. Les moyens dont ils disposent sont multiples, et la vidéo éducative, de par les avantages qu'elle présente, se place comme une candidate de choix.

Dans la démarche d'éducation du patient, la place que peut prendre la vidéo est variable. En effet, elle peut servir d'information et être considérée comme un moyen d'apprentissage à part entière, ou bien intégrer un programme d'éducation thérapeutique, plus global et adapté à ce dernier.

La réalisation d'une vidéo de qualité par le M.K. exige de sa part de maîtriser un certain nombre de compétences. Nous tentons de les réunir en dix règles, permettant de l'aider à mener à bien un tel projet, de son idée de base jusqu'à ce que la vidéo atteigne les patients ciblés, tout en gardant comme objectif que les informations importantes soient comprises et retenues par le patient après la vidéo.

En pratique, le format vidéo présente de réels avantages pour l'éducation des patients. Mais ils sont contrastés par quelques inconvénients qui doivent être connus du thérapeute, pour qu'il adapte le reste du programme éducatif.

Les règles établies dans ce travail ont été choisies par une étude approfondie du sujet et en cherchant à les adapter spécifiquement à l'auditoire visé (à savoir les M.K. sans expérience en matière de réalisation de vidéo). Nous décrivons et argumentons donc successivement : « avoir des objectifs clairs et fixés sur la finalité du projet », « posséder une connaissance parfaite de son sujet », « connaître les modalités légales », « parvenir à attirer l'attention du patient », « comprendre les procédés de mémorisation », « savoir réaliser efficacement une vidéo », « être simple pour favoriser la compréhension, sans être simpliste », « faire valider la vidéo par une association de patients », « choisir un mode de diffusion efficace » et « posséder des outils de communication efficaces pour atteindre le public cible ». Ces dix propositions devront maintenant être mises en pratique pour la réalisation d'une ou plusieurs vidéos afin de montrer leur validité.

Mots clés : Réalisation vidéo, Éducation du patient, Vidéo éducative, Kinésithérapie.

Keywords : Video production, Patient education, Educational video, Physiotherapy.