



HAL
open science

Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication

Inès Guessoum

► To cite this version:

Inès Guessoum. Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01364090

HAL Id: dumas-01364090

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01364090>

Submitted on 12 Sep 2016

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

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

**UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
UFR DE MEDECINE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 18 Février 2016

Par

Madame Ines GUESSOUM

Née le 05 mai 1986 à Sétif (Algérie)

**OPINIONS D'INTERNES EN MEDECINE GENERALE SUR L'EVALUATION DE LEUR
COMPETENCE DE COMMUNICATEUR AU MOYEN D'UN GUIDE D'AUTO-EVALUATION
A LA COMMUNICATION**

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Composition du jury :

Président du jury

Assesseur

Assesseur

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur P. HOFLIGER

Monsieur le Professeur O. GUERIN

Monsieur le Professeur P. ROBERT

Madame le Docteur C. ARMENGAU

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS HONORAIRES

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M. PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M. SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M. BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M. DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M. DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M. FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M. FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M. GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M. MARQUETTE	Charles-Hugo Pneumologie (51.01)
M. MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M. PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé, Prévention
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M. ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M. SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M. TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M. ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M. BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M. BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M. CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M. CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique

M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M. FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M. FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIJMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme LANDI Rebecca	Anglais
-------------------	---------

Mme ROSE	Anglais
----------	---------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-	Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé Prévention
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M. DARMON David	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale
Mr PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	Médecine Interne
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. J'ai eu la chance de faire mon stage chez le praticien à vos côtés, et j'ai pu ainsi me nourrir de votre savoir et savoir-faire. Merci pour votre patience, pour vos conseils, votre disponibilité et votre gentillesse tout au long de mon cursus. Ce fut un honneur de me former à vos côtés.

A Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,

merci d'avoir accepté spontanément de juger mon travail. J'ai eu l'opportunité de vous côtoyer lors de mon premier stage d'internat à l'hôpital de Cimiez, et je me rappelle de l'accueil chaleureux que vous avez accordé à chaque interne. Merci encore pour la gentillesse que vous m'avez manifestée.

A Monsieur le Professeur Philippe ROBERT,

merci de votre présence dans mon jury de thèse, vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je me souviens des cours de psychologie que vous nous dispensiez en première année de médecine durant lesquelles vous nous transmettiez votre enthousiasme et passion.

A Madame le Docteur Caroline ARMENGAU,

je te remercie d'avoir dirigé ce travail, merci pour ton soutien, ta gentillesse et ta disponibilité. Tu as su me communiquer ton calme, nécessaire à la réalisation de ce travail.

Aux médecins qui m'ont tant apporté, mes mentors : Dr M. PAPA, Pr I. POURRAT, Dr G. LAPORTE, Dr S. HANG, Dr R. BOULAHSSASS, Pr J-P. FOURNIER et Pr F. BERTRAND, Dr P. SCEMMAMA.

A mon mari, Jonathan, comme je te le dis souvent, ma plus grande réussite est de t'avoir rencontré et d'avoir réussi à construire cet amour indéfinissable qui nous unis pour toujours. Tu as toujours été là, à mes côtés, depuis la première année de médecine pour me soutenir, me porter, me conseiller, me supporter, me faire rire, me faire rêver et surtout m'aimer chaque jour un peu plus fort. Tu es un homme exceptionnel, tellement intelligent, gentil, tolérant, tu es passionné dans tout ce que tu entreprends. J'ai énormément d'admiration et d'amour pour toi. Merci d'être toi, merci de me faire passer avant tout. J'ai hâte de commencer notre prochaine aventure et je sais qu'il y aura plein d'autres qui seront toutes merveilleuses tant que nous les vivons ensemble...

Maman, Papa, je vous aime d'un amour inconditionnel. Comment vous remercier pour les nombreux sacrifices que vous avez fait pour vos enfants ! Papa, tu es un homme brillant, tu as toujours su me conseiller, m'accompagner, me comprendre et me montrer ton amour. Je me rappelle des longues nuits de révisions lors de la PCEM1 où tu restais à mes côtés pour me faire réviser la SHS et surtout ne pas me laisser affronter seule toutes ces difficultés. Je t'aime si fort mon papouche adoré. Maman, que je t'aime, tu es un modèle de mère, d'épouse et de femme, tu es tellement forte, tu ne cesses de faire passer tes enfants avant tout autre chose, il est temps de prendre soins de toi et de laisser tes enfants prendre également soins de leur mère adorée. Tu m'impressionnes tous les jours. Merci à vous deux pour votre amour.

Kenza, ma grande sœur, mon modèle depuis toujours, je t'aime tant. Tu as toujours été là pour me conseiller, me canaliser, me gâter de cadeaux. Et puis, un jour, tu nous as offert le plus beau des cadeaux : la naissance de ta fille, ma belle et tendre nièce Anaé, que j'aime infiniment et qui pourra toujours compter sur sa tante et son oncle. Merci de n'avoir jamais cessé de croire en moi et de m'avoir montré le bon chemin dans la vie.

Amine, mon frère, un homme d'une grande intelligence et d'une grande sagesse, je sais qu'on est pudique dans l'expression de nos sentiments mais cela ne change pas le fait qu'on s'aime profondément et que l'on pourra toujours compter l'un sur l'autre. Tu as su être protecteur envers moi, tu sais me faire rire avec ton humour tout en subtilité.

A mes grands-parents paternels et maternels, vous êtes partis trop tôt et vous me manquez tellement. Vous êtes dans mon cœur, je vous aime tant.

Ma chère Cécile, voilà presque 10 ans que j'ai eu la chance d'entrer dans votre vie, vous n'êtes pas que ma belle-mère, vous êtes la femme qui a voulu me connaître, me comprendre, me soutenir, m'aimer sincèrement. Sachez que je vous aime aussi et que je serais toujours là pour vous. Vous êtes une femme intelligente, sincère, altruiste, créative et tellement généreuse, je reconnais Jonathan en vous : cette force que vous avait en commun et qui vous permet d'affronter toutes les épreuves de la vie et toujours avec le sourire. Je n'oublierais jamais tout le soutien que vous m'avez apporté durant toutes ces années.

Tonton Mus, mon cher oncle, j'ai eu la chance de grandir en partie à tes cotés et de m'enrichir de ton savoir, je te l'ai jamais dit mais sache que tu es un homme qui compte énormément à mes yeux, papa et toi partagez un lien fraternel très fort et vous avez su ainsi montrer à vos enfants l'importance d'une famille unie. Sache que je t'aime tonton.

A ma tante, Salima, une femme aimante, gentille, déterminée et tellement généreuse. J'aurais tellement aimé continuer à partager le sport, les repas en famille, et tout simplement grandir à tes côtés pour apprendre de toi mais, malgré la distance qui nous sépare, on a su garder ce lien indéfectible qui nous unis. Je t'aime tata.

Florian, mon beau-frère tu es un rayon de soleil, toujours souriant, toujours prêt à faire la fête en débouchant une bouteille de champagne ! Tu as su rendre ma sœur heureuse et comblée et rien que pour ça je te dis : merci.

Tata baya, Ania, Lili, Malia, Zaki, Bryan, vous êtes ma famille, petite dernière de la famille, vous m'avez apporté tellement d'amour, vous m'avez conseillé et parfois même poussé à faire des bêtises, pour mon plus grand plaisir...

A ma tante Christine et mes cousins, Jeremy et Marion, je suis tellement heureuse des liens que nous partageons, vous êtes des personnes avec de nombreuses qualités et je suis fière de vous compter parmi les membres de ma famille.

Antoine, mon cher beau-frère, que le temps passe vite, tu n'étais qu'un jeune adolescent quand j'ai rencontré ton frère ! Aujourd'hui, tu es un homme, avec ses propres opinions, calme, ouvert aux autres, tu aimes aider ton prochain. Je n'oublierais jamais le discours plein d'amour que tu as fait le jour de mon mariage. John et moi serons là pour t'accompagner pour l'un des plus beaux jours de ta vie, compte sur nous. Tu vas partager ta vie avec une femme douce et aimante : Sephora pour qui je serais là aussi.

Gérard et Nicole, deux êtres unis depuis toujours et ayant montré à leurs enfants, petits-enfants et bientôt j'espère arrière-petits-enfants, le sens de la famille. J'ai compris que vous êtes à l'origine de tout cet amour et cette union familiale. Merci de m'avoir accueilli naturellement dans votre famille, merci pour l'amour que vous me manifestez. Je vous aime aussi.

Alain et Caroline, je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté pour cette dernière ligne droite. Les enfants et vous nous manquez beaucoup, mais le plus important est que vous soyez heureux.

A mes amis de toujours et pour toujours, Marine, Marie, Delphine, Alyzée, Nico, Olive et Tommy gun. Je vous aime vraiment malgré votre folie (que je partage avec vous bien sûr) et j'espère, ne jamais perdre ce lien malgré la distance ...

A Caroline et Antoine, Romy et Vincent, Alexia, Greg, Yshai, Emilie et Romain, je suis heureuse de vous compter parmi mes plus chers amis, vous êtes toujours là pour partager les moments importants de ma vie, on sait tellement s'amuser et faire la fête ensemble !

Amélie et Nassim, je suis vraiment heureuse de vous avoir rencontré, avec toi Amélie, notre amitié s'est construite naturellement, tu es une amie chère, on a bien galéré pendant nos stages mais qu'est ce qu'on a ri aussi !

A Linda, Chloé, Aurélia, Célia, Patricia, des femmes pleine de joie, avec qui j'ai eu la chance de travailler, merci d'avoir été si gentilles avec moi.

A Lauren et Yoan, mes amis adorés, vous savez combien je vous aime mais je vous le dis encore une fois : je vous aime très fort. Je vous considère comme des membres de ma famille, tellement les liens que nous partageons sont fort. Je sais que rien ne détruira ce lien et surement pas la distance. On a partagé tellement de voyages, de soirées, de bon restaurants, de mariages, d'explosions de saveurs... et je sais qu'on continuera à partager tout cela car comme vous le savez : NO NEW FRIENDS.

Table des matières

Liste des abréviations.....	12
INTRODUCTION.....	13
METHODE.....	15
A-Type d'étude.....	15
B-Méthode de recueil des données.....	15
1-Le recrutement des internes en Médecine Générale.....	15
2-Le recueil collectif des données.....	15
3-Le recueil individuel des données.....	16
C-Présentation du guide d'auto-évaluation à la communication.....	16
1-Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.....	16
2-The Kalamazoo Consensus Statement.....	16
3-Détails du guide d'auto-évaluation.....	17
D-L'analyse des données.....	17
RESULTATS.....	18
A-Les résultats quantitatifs.....	18
1-L'échantillon.....	18
2-Les caractéristiques de l'échantillon.....	18
B-Les résultats qualitatifs.....	19
1-Les bénéfices de l'évaluation via le guide de communication.....	19
a- La prise de conscience.....	19
b- L'impact sur la pratique.....	20
c- L'émergence d'un besoin de formation en communication.....	21
2-Les propositions de modification du guide de communication.....	22
a- La communication non-verbale : sa place dans le guide.....	22
b- L'échelle de satisfaction.....	22
c- La longueur du guide.....	22
d- Fond et forme des items.....	23
3-Les modalités de remplissage du guide de communication.....	24
a- Moment choisi pour l'évaluation.....	24
b- Référentiel de l'évaluation.....	24
c- Choix du patient.....	24
d- Modes d'évaluation.....	24
4-Opinions des internes sur cette méthode d'évaluation de leurs compétences communicationnelles.....	25
a- L'auto-évaluation.....	25
b- L'hétéro-évaluation.....	26
c- L'auto-évaluation couplée à une hétéro-évaluation.....	26
5-Pistes de formation à la communication durant le cursus des études médicales.....	27
a- Lors des GEASP.....	27
b- Lors des séminaires.....	28
c- Lors du stage chez le praticien.....	28
d- La formation par l'observation.....	28

DISCUSSION.....	29
A-Forces et limites de notre étude.....	29
1-Les forces de l'étude.....	29
2-Les limites de l'étude.....	29
B-Propositions de modification du guide de communication.....	30
1-L'échelle de satisfaction	30
2-Fond et forme des items.....	30
C-Modes d'évaluation.....	31
1-L'auto-évaluation.....	31
2-L'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation couplée à une hétéro-évaluation.....	32
D-Hétérogénéité des modalités de remplissage du guide.....	32
E-Impact sur la pratique.....	33
1-L'approche centrée sur le patient	33
a- Définition	33
b- Bénéfices d'une approche centrée sur le patient.....	34
c- Les limites de ce modèle ne sont pas claires.....	34
2-La Communication non-verbale.....	35
F-Pistes de formation à la communication durant le cursus	
Médical	36
1-Etat des lieux : la formation à Nice.....	36
2-L'enseignement à la communication : intérêt certain pour les étudiants.....	36
3-Les éléments essentiels pour l'apprentissage de la communication	37
4-La formation à la communication par les jeux de rôle et la vidéoscopie.....	39
a- L'apprentissage par les jeux de rôles.....	39
b- L'apprentissage par la vidéo.....	41
CONCLUSION	42
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
ANNEXES	48
Annexe 1 : Le consentement éclairé.....	48
Annexe 2 : Le guide d'entretien.....	49
Annexe 3 : Le questionnaire auto-administré.....	51
Annexe 4 : Le guide de communication.....	54
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	57

Liste des abréviations

B.E.M.E. : Best Evidence Medical Education

D.E.R.G.M. : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

D.E.S. : Diplôme d'Etudes Spécialisées

D.E.S.C. : Diplôme d'Etat Spécialisé Complémentaire

D.I.U. : Diplôme Inter Universitaire

D.U. : Diplôme Universitaire

D.F.A.S.M. : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

E.C.N. : Epreuves Classantes Nationales

G.E.A.S.P. : Groupe d'Entraînement a l'Analyse des Situations Professionnelles

P.A.C.E.S. : Première Année Commune aux Etudes de Santé

INTRODUCTION

La communication entre le médecin et le patient est une fonction clinique essentielle, qui permet de construire au fil des échanges la relation médecin-patient.

Cette communication a fortement évolué après la seconde guerre mondiale, elle a naturellement intégré les changements sociologiques et culturels majeurs intensifiés jusqu'à aujourd'hui, par la mondialisation. Ces changements, associés à la diffusion de la psychanalyse, sont les bases de la modification de la relation médecin-patient, transformant ainsi le modèle paternaliste, modèle originel, en une relation centrée sur le patient, décrivant ainsi un rééquilibrage des pouvoirs entre soignants et soignés et un meilleur partage dans la décision médicale.

Dans les années 1950, le Dr M. Balint, psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise, est une figure emblématique de ces changements. Son travail se concentre sur une nouvelle dimension, une réflexion sur les implications psychologiques dans la pratique de la Médecine Générale.

Aborder les questions psychologiques demande au médecin généraliste de s'impliquer personnellement dans la relation de soin. M. Balint met ainsi en évidence l'importance de la formation des praticiens à la communication et à la construction de la relation médecin-patient. Il est à l'origine des « groupes Balint », groupes de médecins qui se réunissent pour aborder un travail de réflexion et de formation sur la communication et la relation médecin-patient ¹.

On note depuis, un intérêt grandissant porté à la communication médecin-patient. Lorsque l'on cherche les études sur PubMed se référant à cette compétence on observe une forte évolution passant de 15 articles en 1970 à 1425 articles en 2014.

Le mouvement est lancé et s'émancipe en France, donnant lieu à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. C'est une autre étape majeure de l'évolution de la relation médecin-patient. Les droits du patient à une information de qualité sont garantis par la réaffirmation du secret médical et par le libre accès, par le patient, à son dossier médical. Le médecin doit à son patient une information claire, loyale et appropriée, et il se doit de chercher le consentement éclairé du patient.

La relation médecin-patient évolue donc vers un modèle dans lequel le patient est responsabilisé et son autonomie est reconnue, obligeant le médecin à modifier sa façon de communiquer avec lui.

C'est la traduction par la loi des modifications sociologiques, de la position du médecin dans la société.

L'arrivée et le développement conjoint d'Internet, nouvelle source d'information et de communication, renforce l'évolution du modèle patriarcal vers une médecine qui soigne une maladie mais aussi et surtout un malade.

La désacralisation du médecin permet de mettre en évidence l'importance et l'impact de la communication dans la relation médecin-patient.

Ce nouveau modèle de communication qui s'oppose au modèle biomédical, a pour fondements une écoute active du patient, un recueil des données via la formulation de questions ouvertes, l'expression de l'empathie vis à vis du patient en prenant en compte son vécu, ses croyances, ses représentations, ses craintes et émotions, et enfin plus de partage dans les décisions médicales.

La qualité de la relation médecin-patient est liée en grande partie à la qualité de la communication. Une bonne communication sera bénéfique pour le patient et pour le médecin.

Côté patient, on a trouvé une meilleure satisfaction^{2,3}, une meilleure adhésion et observance aux traitements⁴, mais aussi une amélioration des résultats thérapeutiques et de ce fait, de la santé des patients⁵.

Côté médecin, on a trouvé également une meilleure satisfaction^{2,3}, une augmentation de l'efficacité avec notamment un temps de consultation mieux utilisé⁶, une baisse des litiges^{7,8} et une diminution des burn-out⁹.

Tous ces avantages participent à une diminution du coût de la santé pour la société⁹.

Dans ce paysage en pleine mutation, il apparaît nécessaire de continuer les efforts en communication. La formation médicale initiale en communication des internes est un point fondamental, et c'est dans cette dynamique que mon travail s'inscrit.

Le consensus de Kalamazoo¹⁰ et le guide Calgary-Cambridge¹¹ font référence en matière de communication médecin-patient.

Un guide d'auto-évaluation des compétences en communication s'appuyant sur ces deux référentiels est né d'un travail de thèse réalisé à Nice en 2011¹². Ce guide est soumis aux internes en Médecine Générale depuis 2013. Chaque semestre, ils doivent le remplir et le déposer dans leur portfolio électronique. Ils y joignent un rapport d'auto-évaluation à la communication, ce qui constitue des traces d'apprentissage en communication nécessaires pour la validation du DES de Médecine Générale.

Afin de répondre à la question de notre étude : « Est-ce que l'évaluation de la communication médicale via le guide d'auto-évaluation permet aux internes de faire le point sur leurs compétences communicationnelles ? », nous avons interrogé des internes en Médecine Générale de Nice.

L'objectif principal de cette thèse est le recueil des opinions des internes quant à l'utilité du guide de communication pour l'évaluation de leurs compétences communicationnelles.

L'objectif secondaire est d'émettre des propositions quant à des pistes d'amélioration pour l'apprentissage de la communication en formation médicale initiale.

METHODE

A-Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête d'opinion par approche qualitative, avec une première étape collective de discussion avec guide d'entretien semi-structuré, puis une étape individuelle de recueil des données à partir d'un questionnaire auto-administré.

B-Méthode de recueil des données

1-Le recrutement des internes de Médecine Générale

Le recrutement des internes s'est déroulé sur une période de 10 mois, de juin 2014 à mars 2015, et a concerné les internes de DES 1^{ère} année et DES 2^{ème} année.

Nous n'avons pas inclus les internes de DES 3^{ème} année qui n'avaient pas l'obligation de remplir et de déposer chaque semestre le guide d'auto-évaluation sur Jalon (environnement web d'apprentissage).

Les internes ont été sollicités à plusieurs reprises et par différents moyens :

-lors des séances de GEASP : à cette occasion, leurs consentements (Annexe 1) éclairés et signés ont été récupérés afin d'accéder à leurs rapports d'auto-évaluation, rapports qu'ils se doivent de remplir et joindre aux guides de communication déposés sur Jalon. L'analyse de ces derniers nous a aidé à l'élaboration du guide d'entretien.

-lors de séminaires.

-par téléphone.

-par mail.

2-Le recueil collectif des données

Nous avons réalisé deux groupes de discussion semi-structurés au sein de la faculté de médecine de Nice. Le premier focus groupe a été animé par ma directrice de thèse, le Dr Armengau ; Le deuxième a été dirigé par moi-même.

Un canevas d'entretien constitué de questions semi-ouvertes (Annexe 2) a été élaboré à partir des objectifs fixés dans cette étude, ainsi que des commentaires issus des rapports d'auto-évaluation déposés par les internes sur Jalon. Après l'analyse des verbatim du premier focus groupe, nous avons apporté des modifications au guide d'entretien afin d'optimiser le recueil des données suivantes.

Le recueil des données quantitatives de description de l'échantillon a été obtenu à l'aide d'un questionnaire rempli par chaque étudiant.

Les groupes de discussions ont été enregistrés par deux dictaphones. Les enregistrements ont été retranscrits informatiquement par une tierce personne sous la forme verbatim puis ils ont été anonymisés.

Une relecture a été effectuée par l'investigateur pour chaque focus groupe, avec écoute de l'enregistrement et comparaison des retranscriptions, afin de s'assurer de la précision du verbatim.

3-Le recueil individuel des données

Devant l'impossibilité de réaliser d'autres focus groupes pour des raisons de disponibilité des internes, le recueil de données s'est fait dans un deuxième temps par le biais de questionnaires auto-administrés anonymes distribués lors des séminaires qui ont lieu à la faculté de médecine au mois d'Avril 2015 (Annexe 3).

Le questionnaire reprend la quasi totalité des questions constituant le canevas d'entretien ; la première question du guide d'entretien a été retirée. Certaines questions ont été remaniées afin de limiter les réponses fermées.

Le recueil de données a pu être arrêté à ce stade devant l'obtention d'une saturation théorique des données.

C-Présentation du guide d'auto-évaluation à la communication

Le guide d'auto-évaluation à la communication (Annexe 4) a été élaboré par le Dr. Armengau, à partir de deux consensus qui font référence sur la communication médecin-malade : le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale, et The Kalamazoo Consensus Statement.

1-Le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale

Il a été mis au point en 1998, par l'équipe britannique de Silverman J et Kurtz S¹¹. C'est un document exhaustif qui intègre 71 habiletés communicationnelles organisées autour de six tâches inhérentes à tout entretien médical : commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier, terminer l'entrevue.

Ce guide s'articule autour d'une structure élargie d'ensemble de compétences en communication destinées à la relation de soin en médecine, selon une approche centrée patient. Il s'agit d'un outil de référence dans la formation initiale de l'université de Cambridge au Canada et dans un grand nombre de pays tels que les Etats-Unis, l'Australie, l'Italie, l'Espagne, les Pays Scandinaves, l'Afrique du Sud, l'Argentine et la Grande -Bretagne où il est employé dans près de 60% des écoles médicales¹³.

Le guide Calgary-Cambridge est un instrument de référence dans l'enseignement médical pour l'évaluation, l'apprentissage et la recherche en communication médicale¹⁴.

Une version française de cette approche, apparue dans « La communication professionnelle en santé » varie de la version de Kurtz et al de 2003¹⁵ par l'intégration dans la colonne de droite de trois niveaux de maîtrise. Cette version a servi à l'élaboration du guide d'auto-évaluation à la communication, utilisé aujourd'hui par les internes de Nice.

2-The Kalamazoo Consensus Statement

Il est issu de la Conférence Bayer-Fetzer sur la communication médecin-malade en éducation médicale, qui s'est déroulée en Mai 1999 à Kalamazoo, Michigan. Ce consensus est né d'un travail de groupe composé de représentants de différentes universités et d'importantes organisations professionnelles d'éducation médicale Nord-Américaines et Canadiennes.

Pour rédiger le consensus, le groupe a utilisé « l'approche par tâche de communication » qui selon Makoul et Schofield¹⁶ « préserve l'individualité des enseignants en les encourageant à développer un répertoire de stratégies et compétences permettant de répondre aux patients de manière flexible ».

De cette approche par tâche, est né un modèle qui décrit le déroulement d'une consultation médicale : construire la relation médecin-patient, ouvrir la consultation, collecter les informations, comprendre le point de vue du patient, partager les informations, parvenir à une entente sur le diagnostic et sur le traitement, et enfin clore la consultation.

Tout comme le guide de Calgary-Cambridge, ce consensus propose un cadre cohérent pour enseigner et évaluer les compétences communicationnelles.

3-Détails du guide d'auto-évaluation

Il s'agit d'un questionnaire de trois pages, comportant vingt-six items répartis en sept parties, suivant le déroulement d'une consultation médicale.

Les six premières parties se rapportent aux six tâches communicationnelles traitées dans le Guide Calgary-Cambridge, et reprises dans le Kalamazoo Consensus. La septième, a été rajoutée afin de prendre en compte la communication non-verbale lors de l'entrevue médicale. Les vingt-six items correspondent à ceux développés dans le Consensus Kalamazoo, certains ont été reformulés afin de faciliter l'utilisation du questionnaire.

Les internes apprécient leur degré de satisfaction à l'égard des tâches communicationnelles avec une échelle d'accord de type Likert, contenant trois catégories d'appréciations :

Non satisfait Peu satisfait Satisfait

D-L'analyse des données

L'analyse des verbatim issus des focus groupes et des questionnaires auto-administrés a été réalisée parallèlement au recueil des données.

Les verbatim ont fait l'objet d'une analyse thématique et synthétique selon une approche par théorisation ancrée.

Les données issues des deux focus groupes ont été analysées en double codage par l'investigateur principal et par un deuxième chercheur. En cas de désaccord, la directrice de thèse est intervenue pour statuer.

Les données issues des questionnaires auto-administrés ont fait l'objet d'un simple codage. Le codage a été réalisé de manière inductive et analytique, idée par idée, ligne par ligne, puis chaque code a été réorganisé en une liste de catégories faisant émerger les sous thèmes puis les thèmes principaux.

RESULTATS

A-Les résultats quantitatifs

1-L'échantillon

13 internes ont participé au focus groupe, 6 d'entre eux lors du premier groupe de discussion et 7 étudiants lors du deuxième.

70 questionnaires auto-administrés ont été distribués et remplis lors du séminaire *Communication* pour les internes en première année, et lors du séminaire *Education du Patient* pour ceux en deuxième année d'internat.

Au total, le recueil des données s'est fait auprès de 83 internes.

Le taux de participation à notre étude est de :

-48% des internes en DES 1^{ère} année.

-51% des internes en DES 2^{ème} année.

2-Les caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1. Caractéristiques des internes interrogés.

Echantillon	83
Âge Moyen	26 ans
Hommes	37 internes / 45%
Femmes	46 internes / 55%
D.E.S. 1	40 internes / 48%
D.E.S. 2	43 internes / 52%
Université d'Origine	
Nice	34 internes / 41%
Autres	49 internes / 59%
Formations Complémentaires	
Sans formation complémentaire	59 internes / 71%
Formation en cours ou validée (D.U./D.I.U.)	17 internes / 21%
Formation de D.E.S.C.	7 internes / 8%
Stage chez le praticien	
Stage effectué	19 internes / 23%
Stage non-effectué	64 internes / 77%
Projet Professionnel	
Activité Libérale	53 internes / 64%
Activité Hospitalière/Structure	14 internes / 17%
Activité Mixte	9 internes / 11%
Pas encore orienté	7 internes / 8%

B-Les résultats qualitatifs

On peut rappeler qu'avec cette méthode d'analyse qualitative, une donnée a même valeur qu'elle soit exprimée une seule ou plusieurs fois.

1-Les bénéfices de l'évaluation via le guide de communication

a-La prise de conscience

L'utilisation du guide d'auto-évaluation a tout d'abord permis aux internes de prendre conscience de leur mode de communication au cours des entrevues médicales, notamment :

- Des difficultés de présentation auprès des patients

Certains internes se sont rendu compte que leur statut d'interne engendrait des difficultés de présentation :

« Je me rends compte que j'ai des progrès à faire sur ma présentation, se présenter correctement en expliquant mon statut d'interne est un point à améliorer car évite des confusions et permet aux patients de parler librement. »

- De leur capacité d'écoute

Les internes ont pris conscience qu'ils ne laissaient pas libre champ à l'expression du patient :

« J'ai tendance à vouloir couper la parole aux patients lors de leurs récits et surtout s'ils s'attardent sur des détails »

« Je constate grâce à l'évaluation que je ne laisse pas assez le patient s'exprimer, (...), j'oriente le dialogue mais je coupe facilement la parole au patient ».

- Du mode de questionnement du patient

Plusieurs internes ont remarqué par le biais de cette évaluation, qu'ils posaient essentiellement des questions fermées et pas ou peu de questions ouvertes :

« Je constate grâce à l'évaluation que je ne laisse pas assez le patient s'exprimer, en fait je pose beaucoup de questions fermées ».

- De la communication non-verbale

- ❖ Tics de langage

« Le guide m'a permis de me rendre compte de certains de mes tics auxquels je ne faisais pas attention, comme par exemple dire un peu trop souvent « d'accord ! » »

- ❖ Perturbation du contact visuel par l'ordinateur ou le dossier médical papier

« J'ai effectué ce test avec la présence de ma co-interne. Elle m'a notifié le fait que je regardais souvent le dossier au lieu de regarder le patient lorsque je m'adresse à lui. »

« Lors du remplissage du guide avec mon maître de stage, il a pu me faire remarquer que je ne regarde pas le patient lorsque j'effectue des tâches sur l'ordinateur »

❖ Les indices vocaux

Notamment le débit *« je parle vite et quelques fois les patients fatigués me font répéter »*

➤ De l'emploi du jargon médical

Certains internes ont constaté qu'ils employaient des termes médicaux lors des entretiens. Cependant ils ont rencontré des difficultés à adapter ce type de langage aux patients :

« Il faut que je simplifie mes explications en évitant les termes médicaux, plusieurs parents m'ont déjà demandé de réexpliquer avec d'autres termes »

b-L'impact sur la pratique

Cette prise de conscience a permis aux internes de modifier la pratique de la médecine au quotidien, sur le fond comme sur la forme :

➤ Structurer l'entretien

Pour beaucoup d'internes, le remplissage du guide a permis de mieux structurer le déroulement des entretiens médicaux :

« Depuis que j'ai fais l'évaluation je suis beaucoup plus exigeant avec moi-même, je m'applique à mieux organiser mon entretien »

➤ Une attention particulière à la communication non-verbale

L'évaluation via le guide a provoqué auprès de la plupart des internes un réajustement de leur communication non-verbale :

❖ Indices vocaux

« Je constate que j'ai maintenant l'habitude d'adapter les indices vocaux au patient. »

« Je suis plus détendue lors de mes entretiens afin de parler plus calmement et améliorer mon élocution. »

❖ Manière d'utiliser le dossier médical papier

« Il est important que je consulte le dossier médical avant de voir le patient, et qu'une fois face à lui je le pose pour qu'il n'y ait plus cette barrière entre nous »

❖ Contact visuel

« Je me sers uniquement d'un support papier sur lequel je prends le moins de notes possibles pour ne pas interrompre le contact visuel ; une fois sorti de la chambre, je consigne dans le dossier informatique tout ce qui a été appris dans l'entretien. »

➤ Une approche centrée sur le patient

Pour beaucoup d'internes, l'utilisation du guide de communication a permis par la suite d'aborder les entretiens cliniques différemment en s'efforçant d'adopter une approche centrée sur le patient et pas seulement sur la maladie :

❖ Reformulation

« Je me suis appliquée à prendre plus de temps pour m'assurer que le patient avait bien compris les informations que je lui avais transmises, par exemple à l'aide de reformulations, en utilisant son propre vocabulaire »

❖ Encourager l'expression du patient

« Je laisse plus de place à l'expression du patient en l'encourageant à poser des questions sans gêne. »

❖ Intérêt porté au ressenti et représentation du patient

« Moi, j'ai remarqué que je m'intéressais plus au patient dans sa globalité en attachant plus d'importance au ressenti et aux représentations du patient »

❖ Recueillir les attentes du patient

« Analyser plus les réactions des patients pendant mes entretiens, être plus attentif à ses attentes »

❖ L'utilisation de questions ouvertes

« À présent, j'essaie de questionner le patient avec plus de questions ouvertes »

❖ Inclure le patient dans la décision médicale

« Je consulte davantage le patient concernant sa prise en charge, j'essaie de le faire participer aux décisions médicales le concernant ».

Une interne a tenté de corriger les défauts qu'elle a identifiés, mais au fil du temps ceux-ci ont eu tendance à réapparaître.

« Je ne laissais pas assez parler le patient et ne prenais pas en compte son ressenti. Après ma première évaluation j'ai fais attention à ce point mais j'ai repris mes habitudes... »

c-L'émergence d'un besoin de formation en communication

La majorité des internes interrogés dans cette étude était d'accord pour dire que le remplissage de ce guide leur a donné envie de « compléter » leur formation en communication :

« Il me paraît essentiel de continuer à me former dans ce domaine »

Les internes ont exprimé également un besoin de formation en communication pour des situations cliniques qu'ils ont défini comme « complexes », notamment lors de « situations conflictuelles » et « l'annonce de diagnostic grave, voire l'annonce de décès »

Selon une minorité d'internes, la communication reste une notion encore floue qui ne nécessite pas de formation particulière :

« La communication pour moi, c'est vraiment de l'empirisme et c'est en discutant avec les gens que nous allons vraiment progresser, en allant au charbon. »

2-Les propositions de modification du guide de communication

a-La communication non-verbale : sa place dans le guide

Certains internes se sont interrogés sur l'efficacité de l'évaluation de la communication non-verbale via un guide d'auto-évaluation à la communication :

« Ce guide a pour titre « guide d'auto-évaluation à la communication », or je m'interroge, comment évaluer mon comportement non-verbal sans regard externe ? »

« Concernant la partie 7, il faut qu'elle soit filmée, pour pouvoir juger de nos postures, des indices vocaux. On fait comment, en se regardant à posteriori ? »

b-L'échelle de satisfaction

La quasi totalité des internes a exprimé une échelle de satisfaction nécessitant *« plus de nuances et de possibilités de réponses »* :

« Bien faite mais l'échelle est peu adaptée, il faut plus de possibilités, elle devrait être plus échelonnée. »

Les internes ont proposé de la remplacer par :

- *« Une échelle numérique allant de 1 à 10 ou bien de 1 à 5 »*
- *« Mettre trois réponses mais avec un indice (pas satisfait 123/peu satisfait 456/Satisfait 789) »*

Toujours concernant l'échelle de satisfaction, des internes ont suggéré d'y ajouter une possibilité de réponse du type *« ne s'y prête pas »* ou *« non adapté à la consultation »*.

« (...) dans la mesure où l'on ne pouvait répondre à toutes les questions selon le type de consultation et le type de patient ».

c-La longueur du guide

Selon plusieurs internes, le guide est décrit comme *« trop long »*. Cela découragerait l'intervention de tierces personnes et tout particulièrement les patients.

« Trois pages à remplir pour un patient, c'est long, c'est écrit petit ».

d-Fond et forme des items

Enfin, les questions ont été très discutées, certaines seraient « *manquantes* » d'autres difficiles à comprendre, et d'autres encore « *redondantes* » voire « *inutiles* ».

➤ Item inutile

Beaucoup d'internes se sont interrogés sur la place de l'item : « *annoncer le déroulement de la consultation* ».

« *Mais quel est l'intérêt d'annoncer à quelqu'un le déroulement de la consultation, il est acquis qu'il y aura l'interrogatoire puis l'examen clinique pour le reste, le déroulement n'est pas fixe* ».

« *Si on annonce un déroulement, et que le patient nous dit qu'on a oublié un élément on va être mis en défaut* ».

Mais pour une interne « *il faut expliquer le déroulement de l'entretien d'une manière ou d'une autre* ».

➤ Items incompris

Quelques internes n'ont « *pas compris le sens de certaines questions* » notamment l'item : « *s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre* » et celui « *envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives* ».

➤ Items à regrouper

Des internes proposent de regrouper certains items définis comme « *redondants* » :

« *Certaines questions semblent quasi identiques, pas facile de voir la nuance entre chaque question* ».

Par exemple :

Regrouper l'item « *permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentation* » avec l'item « *accueillir le point de vue et émotions du patient et fournir du soutien* » en quelque chose de plus général du type « *avez vous fait preuve d'empathie ?* ».

➤ Item manquant

Deux internes nous ont fait remarquer l'absence d'un item sur la communication pendant l'examen clinique. Selon eux, la place de la communication pendant l'examen est importante, ils ont donc préconisé de l'intégrer dans le guide.

« *Le guide ne développe pas la façon de communiquer pendant l'examen, or une grande partie de la communication se fait lors de l'examen clinique* ».

➤ Item à reformuler

Plusieurs d'entre eux se sont exprimés sur l'item « *laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre* » : un interne a défini cette question de « *culpabilisatrice* » ; certains ont rencontré des difficultés à s'évaluer sur ce point précis car ils estimaient nécessaire d'écouter mais aussi d'interrompre à un moment donné le patient.

« On a tous coupé la parole à un patient et on continuera à le faire parce que ce n'est pas possible, il faut qu'il s'arrête ! et du coup c'est quoi satisfait pas satisfait, et en fait ce n'est pas que tu es mauvais, c'est juste qu'il y a un moment où il faut recadrer les choses ».

3-Les modalités de remplissage du guide de communication

a-Moment choisi pour l'évaluation

Une minorité d'internes interrogés a émis des questionnements concernant le « *facteur temps* ». Ils ne savaient pas à quel moment du stage ils devaient remplir le guide afin que cette évaluation soit la plus formatrice :

« *On ne nous dit pas si on doit le remplir au début, milieu ou fin de stage* ».

Toutefois, l'analyse des données a révélé que la plupart des internes s'évaluait en fin de stage : « *Je préfère la remplir à la fin du stage, les premiers mois d'un nouveau stage c'est difficile de bien le faire, on a tellement de problèmes à gérer ! Il nous faut du temps pour prendre nos marques dans le service.* »

b-Référentiel de l'évaluation

En plus du moment de l'évaluation, s'est posée la question du référentiel de l'évaluation, à savoir si l'interne devait s'évaluer sur « *une consultation, 10 consultations ou sur les 6 mois de stage* ».

Cela a semblé être un élément important à préciser pour un interne quant à la comparabilité de tous ses guides.

« *On évalue le stage, le semestre entier, ou la journée, il serait bien de le préciser pour que ce soit comparable à chaque fois.* »

Toutefois, la majorité d'entre eux a rempli le guide en se référant à un seul entretien médical.

c-Choix du patient

La plupart des internes a déclaré ne pas avoir choisi le patient sur qui s'évaluer :

« *Je ne l'ai pas rempli sur une consultation choisie, je le fais sur un patient au hasard* ».

D'autres, ont choisi l'entretien sur lequel ils se sont évalués en remplissant le guide « *a posteriori en se replongeant sur un entretien marquant du stage* ».

d-Modes d'évaluation

L'analyse des données a révélé une forte disparité dans le mode d'évaluation.

Les internes se sont évalués de trois manières différentes :

➤ Le Remplissage seul - l'Auto-évaluation

La grande majorité des internes interrogés a rempli seuls le guide de communication » :

« *Seule au calme, juste après l'entretien avec le patient* ».

« *Je l'ai rempli à la maison, je repense à une consultation patient récente et qui m'a marqué et je replonge dans ce que j'ai pu faire* ».

➤ Le remplissage par une tierce personne - l'Hétéro-évaluation

Certains internes ne se sont pas auto-évalués ; ils ont fait directement remplir le guide par une tierce personne ayant assisté à l'entretien puis ont en discuté ensemble :

« Mon co-interne m'a rempli mon guide et moi le sien. On a été franc et c'était intéressant d'en discuter. »

« Moi, je l'ai fait remplir par le médecin de mon service qui a pu assister à un entretien (...) Puis il m'a expliqué à chaque fois pourquoi il a coché satisfait plutôt que non satisfait. »

➤ L'Auto-évaluation couplée à l'Hétéro-évaluation

Quelques internes ont conduit l'entretien en présence d'une tierce personne puis ont rempli le guide en confrontant leurs opinions à celles de la personne ayant assisté à l'entretien :

« Je remplis le guide avant d'avoir discuté avec mon chef puis après avoir eu son avis »

« Avec mon co-interne et en tranchant avec mon avis car lui ne sait pas à quel moment je suis en difficulté »

« Je l'ai rempli seul puis après débriefing avec l'IDE de mon service »

4-Opinions des internes sur cette méthode d'évaluation de leurs compétences communicationnelles

Les opinions des internes diffèrent selon le mode d'évaluation choisi. Toutefois, la plupart a déclaré que cet outil leur a permis de « s'interroger » sur leur mode de communication pendant un entretien médical et de faire le point sur leurs compétences communicationnelles.

« C'est un outil constructif car permet de mettre en évidence les points forts et faibles, les choses acquises ou non »

En revanche, quelques-uns se sont interrogés sur l'intérêt de s'évaluer chaque semestre pendant les trois années d'internat.

a-L'auto-évaluation

La majorité des internes a exprimé la difficulté et les limites qui résident dans le fait de s'autoévaluer :

➤ Subjectivité

« L'auto-évaluation c'est subjectif, il est difficile de s'autoévaluer de façon sincère »

➤ Justesse du jugement

« L'auto-évaluation reste compliquée ; difficile de ne pas être satisfait ou trop satisfait de soi ! »

➤ Précoce dans le cursus

« (...) le problème c'est vraiment l'auto-évaluation, en première année ça sous-entend que l'on sait ce qu'est une bonne communication et ce que l'on attend de nous, on s'autoévalue alors qu'on est en apprentissage, c'est un peu précoce. »

➤ Le manque de feed-back

« L'auto-évaluation ça nous permet de se poser des questions mais ça ne donne pas les

réponses, les solutions pour faire mieux ».

« Avec l'auto-évaluation, nous pointons certaines choses, mais on n'aura personne pour nous donner les clés pour nous améliorer et répondre à nos questions ».

- Un interne nous a fait également remarquer que l'auto-évaluation ne *« permet pas de prendre en compte un aspect très important dans la communication médecin-patient : la communication non-verbale »*

Deux internes ont remis en question le principe même de l'auto-évaluation.

« Pour moi l'auto-évaluation est un phénomène de mode mais c'est du pipeau, je ne suis pas pour l'auto-évaluation, le mieux c'est l'échange avec les autres »

Un interne nous a fait remarquer que l'implication des étudiants dans l'auto-évaluation est nécessaire afin que cette méthode soit formatrice.

« (...) le problème avec l'auto-évaluation, c'est que je ne suis pas sûr qu'on remplisse tous correctement le guide, qu'on prenne le temps de le faire sérieusement ! Qu'est ce qui vous garanti qu'il sera rempli en toute honnêteté ? (...) il faut le faire sérieusement pour que ça soit formateur ».

b-L'hétéro-évaluation

Les internes ayant choisi une hétéro-évaluation ont caractérisé cette démarche comme *« approfondie »*.

« Après mon évaluation par mon chef, on a repris ensemble les items les uns après les autres de manière approfondie, il m'a expliqué à chaque fois pourquoi il a coché peu satisfait plutôt que satisfait et m'a proposé des solutions pour faire mieux (...) après on peut être d'accord ou pas d'accord avec ce qu'il a coché mais le fait même d'en discuter est constructif ».

Un interne a même affirmé être plus à l'aise avec l'hétéro-évaluation : *« l'avantage de l'hétéro-évaluation c'est que ça a quelque chose de plus confortable que l'auto-évaluation entre guillemet ; parce que c'est quelque chose à laquelle nous sommes habitués, on a toujours été évalué par les autres ».*

Certains ont toutefois reconnu une limite à l'hétéro-évaluation ; le fait d'être observé puis évalué par un autre a pu modifier leur manière de mener l'entretien :

« Je n'ai pas l'impression que cette évaluation reflète totalement ma pratique ; me sachant observé, j'ai taché d'améliorer qualitativement et quantitativement mon entretien ».

Cependant selon un interne, ce biais est limité, car les remarques et points à améliorer mis en évidence par l'évaluateur auront d'autant plus d'impact du fait qu'on aura déjà fait de son mieux.

c-L'auto-évaluation couplée à une hétéro-évaluation

Certains internes ont opté pour remplir le guide de communication en confrontant leur auto-évaluation avec celle faite par une tierce personne ayant assisté à l'entretien.

Les internes ont apprécié d'avoir l'avis d'une autre personne sur leur mode de communication, ils ont défini cet échange comme *« formateur »*

« C'est très scolaire de la remplir seul, quand je l'ai rempli avec le maître de stage, j'ai compris l'intérêt, l'intervention d'une tierce personne est un atout indispensable pour mieux nous analyser ».

« Ce qui est intéressant dans le fait de remplir avec une autre personne, c'est l'échange, ce qui enrichit, c'est l'interaction et recevoir des critiques et des conseils pour faire mieux ».

Pour un interne, l'intervention d'un tiers lui a permis *« d'avoir un retour sur la communication non verbale pour laquelle on ne peut s'auto-juger sans se voir »*

Toutefois, selon un interne l'intervention d'une autre personne peut biaiser l'évaluation : *« C'est bien de remplir le guide avec le patient car le point de vu du principal intéressé est important (...) Mais j'ai peur que les patients disent que tout est parfait pour s'assurer un bon suivi ».*

5-Pistes de formation à la communication durant le cursus des études médicales

Pour un grand nombre d'internes interrogés, il est ressorti l'idée d'un manque évident de formation à la communication pendant leur cursus : *« Nous n'avons quasiment aucun cours pendant les 6 premières années où on nous parle de communication, de relation avec le patient, d'équipe ; on est des machines de cardio ou de pneumo mais la communication n'a pas l'air d'être une priorité ».*

a-Lors des GEASP

Quelques internes ont suggéré d'intégrer une formation à la communication médecin-patient lors des séances de GEASP :

En consacrant *« deux séances de GEASP par an pour aborder en groupe des situations de communication qui ont posé problème »*. D'autres, ont proposé de faire des jeux de rôle sur des situations typiques de communication complexes pendant des séances de GEASP comme *« communiquer avec un patient agressif »* ou *« communiquer avec un patient non observant »*.

Pour ces internes, la dynamique de groupe pendant les GEASP permettrait d'approfondir le sujet ; chaque membre du groupe pourra apprendre de l'expérience de l'autre et des commentaires de chaque membre du groupe et du conducteur de GEASP.

Une interne a déclaré que *« les groupes de GEASP seraient idéaux pour réaliser des ateliers jeux de rôle, on se connaît, on sera moins gêné de jouer et de se critiquer »*.

Un autre étudiant va jusqu'à proposer des *« jeux de rôles filmés »* pendant les séances de GEASP : *« Avec l'enregistrement vidéo, on peut s'autoévaluer en plus »*. Mais cette idée n'a pas fait l'unanimité auprès des internes interrogés ; la confrontation à leur image est la principale source d'inquiétude : *« Ça me dérangerait vraiment d'être filmé, c'est quand même bizarre de se voir en entretien »*.

b-Lors des séminaires

Les internes ont déploré que le séminaire sur la communication médecin-patient ait lieu en première année du DES de Médecine Générale ; ils ont estimé qu'il serait plus efficace en deuxième année, pour avoir le temps de cerner leurs problèmes en communication.

« On sera plus à même de cerner et de discuter de nos problèmes en communication après avoir pris ses marques pendant un an, plutôt que quand on vient juste de commencer où on a tellement plus de problèmes à gérer que la communication ».

Certains ont préconisé de profiter du séminaire pour réaliser des « jeux de rôle en groupe » en présence d'un membre du DERMG, d'un psychologue et d'un « professionnel en communication non médecin ».

c-Lors du stage chez le praticien

Selon la majorité des internes, le stage en cabinet de ville et plus particulièrement les maîtres de stage, « sont les plus à même à cibler les problèmes de communication des étudiants. »

Plusieurs internes ont conseillé une auto-évaluation sur consultation filmée à faire « au moins deux fois pendant le stage chez le praticien, l'une en début de stage et une à la fin ».

A cette occasion, ils ont proposé de s'autoévaluer en utilisant le guide de communication.

Pour ces internes l'auto-évaluation par le visionnage de leur entretien « permettra de voir certes nos points fort et nos défauts mais aussi de voir les réactions des patients ». C'est également pour eux un bon moyen d'évaluer la communication non-verbale.

Certains souhaiteraient que ces consultations filmées soient aussi visionnées par les maîtres de stage et donnent lieu à un débriefing ; alors que pour d'autres, le visionnage se ferait avec « des spécialistes en communication qui ne connaissent rien à la médecine (...) comme ça c'est sûr qu'on sera jugé sur notre communication et pas sur l'aspect médical de la consultation ».

d-La formation par l'observation

Trois étudiants ont, quant à eux, parlé d'une formation à cette compétence par l'observation des enseignants et des différents professionnels de santé « nos chefs, les IDE, les cadre de santé. »

Mais pour d'autres internes, l'apprentissage par l'observation des pairs n'est pas un moyen suffisant : « cela sous entendrait que tous les seniors communiqueraient bien, mais en réalité cela peut ne pas être toujours le cas, ils ne peuvent pas tous servir de modèle ».

DISCUSSION

A-Forces et limites de notre étude

1-Les forces de l'étude

Devant les différents bénéfices répertoriés dans la littérature d'une communication médecin-patient de qualité, il nous est apparu pertinent d'évaluer l'impact du remplissage du guide de communication et d'identifier les propositions de modifications permettant à la fois d'optimiser l'outil pédagogique, mais aussi la manière de l'utiliser par les internes de Médecine Générale.

Notre choix s'est porté sur l'étude qualitative, car cette méthode aide à comprendre un phénomène dans sa globalité. Elle ne sert pas seulement à recueillir une variété d'opinions, elle permet de mieux les comprendre et d'objectiver les facteurs associés à ces opinions. De plus, le principal avantage du recueil des données par la méthode du focus groupe, réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe qui favorise l'émergence des opinions comme une réaction en chaîne.

D'autre part, le recueil individuel d'une partie des données par les questionnaires auto-administrés a permis de contrebalancer un puissant biais lié au focus groupe, notamment l'émergence des normes de groupe, sources de blocage et de réticence à l'expression des idées personnelles¹⁷.

La formulation de questions ouvertes et la garantie de l'anonymat auprès des étudiants a favorisé leur liberté d'expression. Nous avons pu limiter le biais d'investigation inhérent à la réalisation du premier focus groupe par le concepteur du guide de communication, en dirigeant moi-même le deuxième groupe focalisé.

Par ailleurs, les questions du guide d'entretien ont été remaniées avant d'être distribuées en tant que questionnaires auto-administrés, afin de favoriser l'expression écrite des internes.

La retranscription de chaque focus groupe et de l'intégralité des questionnaires auto-administrés verbatim, a permis de limiter la part de subjectivité dans l'analyse des données.

L'analyse des résultats a comporté un double codage des verbatim des focus groupes, afin de limiter le biais d'interprétation.

Les résultats de cette étude ont permis d'apprécier l'impact positif de l'expérience d'évaluation de la communication médicale via le guide sur le mode de communication des internes en Médecine Générale. Cela a, par ailleurs, permis de recueillir des propositions de pistes de formations à la communication durant le cursus des études médicales.

2-Les limites de l'étude

D'une part, le choix d'une méthode qualitative et donc par définition interprétative, et d'autre part, l'inexpérience de l'investigateur, sont à l'origine de biais d'interprétation qui n'ont pu être totalement évités et ce, malgré le double codage d'une partie des données.

Un biais d'investigation lié au recueil des données par les questionnaires auto-administrés, qui néanmoins constituent un cadre limité pour l'expression écrite des internes, n'a pu être totalement écarté.

Malgré l'analyse des données au fur et à mesure de l'obtention de ces dernières, nous n'avons pas intégré de sous questions supplémentaires sur les modalités de remplissage du guide de communication au guide d'entretien et aux questionnaires auto-administrés, afin d'améliorer la précision des réponses sur cette question.

B-Propositions de modification du guide de communication

1-L'échelle de satisfaction

Il s'agit d'un point sur lequel les internes sont unanimes. Ils ont mis en avant un désir de modification de l'échelle de satisfaction « *bien faite mais l'échelle est peu adaptée, il faut plus de possibilités, elle devrait être plus échelonnée* ». Il ressort donc qu'il faut plus de nuances dans les réponses proposées. L'analyse des six guides de communication, remplis tout au long de leurs trois années d'internat, devrait permettre d'objectiver une courbe de progression ; or, si l'échelle de satisfaction n'est pas assez nuancée, l'appréciation de l'évolution de l'interne en sera diminuée.

Il serait judicieux de prendre en considération ces remarques d'autant plus qu'elles ont fait l'unanimité, qu'elles ont un intérêt pédagogique et qu'elles rejoignent celles exprimées à ce sujet dans les résultats de la thèse du Dr Armengau¹².

2-Fond et forme des items

Les internes ont largement commenté leurs difficultés à aborder certains items. Ils ont défini ces derniers comme « *inutiles* », « *imprécis* », « *inadaptés* » ou encore « *redondants* ».

- L'item « annoncer le déroulement de la consultation » leur paraît en effet non-adapté à une consultation de Médecine Générale, dans la mesure où peu de consultations nécessitent un enchaînement d'actes techniques. De plus, quelques internes ont peur d'être mis en défaut par les patients en cas d'oublis « *si on annonce un déroulement, et que le patient nous dit qu'on a oublié un élément on va être mis en défaut* ».

Cet item n'est pas suffisamment explicite. Il s'agit en fait de structurer l'entretien, c'est à dire de « rendre explicite l'organisation de l'entretien », comme initialement décrit par Kurtz et al¹⁵.

- « *Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre* » est un item qui a suscité des questionnements. Quelques commentaires faisaient état de difficultés, car les internes ne savent pas toujours à quel moment interrompre la parole du patient sans paraître impoli, notamment dans le cas où ils ont l'impression que le patient dépasse le cadre médical.

Il est évident que lorsqu'un patient parle beaucoup, il faut l'écouter : le rôle du médecin généraliste est en effet de pouvoir apprécier son patient dans sa globalité, de le comprendre et de percevoir les demandes implicites ; cette nécessité doit cependant tenir compte du temps limité imposé à toute consultation. Un recentrage de l'échange autour du « *contenu santé* » peut être alors nécessaire.

- Enfin, les internes, et de façon assez unanime, ont mis en évidence une redondance des items : « *Permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations* » avec l'item « *accueillir le point de vue et émotions du patient et fournir du soutien* » qu'ils souhaiteraient regrouper sous la notion d'empathie.

Ces deux items ne sont pas redondants mais l'inexpérience des internes quant à cette compétence est probablement la cause de cette incompréhension : à première vue ces deux items sont quasi identiques, or le premier item identifie la capacité du médecin à mettre le patient dans des conditions favorisant son expression, et le deuxième est une auto-analyse de ses capacités d'écoute active et d'empathie. Les internes n'ont pas pu apprécier ces subtilités et demandent un item où la notion d'empathie serait plus clairement exposée.

Nous pouvons dire que les items du guide sont dans l'ensemble pertinents mais parfois mal compris par les internes. Confronter le guide aux internes nous permet de réfléchir à la formulation des items précédemment cités.

C-Modes d'évaluation

1-L'Auto-évaluation

Les internes ont exprimé un certain rejet de cette méthode d'évaluation qui, selon eux, ne leur a pas permis d'avoir une évaluation fiable et précise devant l'absence d'une rétroaction externe constructive. Ce constat des internes rejoint les résultats de plusieurs publications¹⁸, dont ceux d'une revue systématique élaborée sous l'égide de la collaboration BEME en 2008¹⁹, et qui conclut en précisant que l'exactitude de l'auto-évaluation des étudiants en médecine est relativement médiocre comparée à une évaluation par un tiers.

Or, dans notre étude, la majorité des internes, y compris ceux ayant fait une auto-évaluation, ont pu prendre conscience des points de communication à améliorer, et dans certains cas ont même pu modifier leur mode de communication.

Ils n'ont donc peut-être pas assez de recul pour apprécier, avec justesse, les bénéfices de ce mode d'évaluation. Ceci peut s'expliquer par l'absence, durant tout leur cursus, d'expérience à cette méthode d'évaluation.

Par ailleurs, les internes ont qualifié cette méthode « *d'incomplète* », sentiment justifié par l'incapacité de cette dernière à évaluer la communication non verbale, qui, elle, ne peut être examinée que par une tierce personne ou un enregistrement vidéo.

L'auto-évaluation est une méthode exigeante pour l'étudiant. S'autoévaluer implique trois notions importantes : le regard critique de soi, l'acceptation d'une méthode d'évaluation qui met à l'écart l'examineur, un droit à l'autonomie qui implique des devoirs.

Pendant tout le cursus scolaire pré et per universitaire, l'étudiant est formaté à l'hétéro-évaluation. Ainsi l'auto-évaluation est une nouveauté à laquelle l'étudiant est confronté. Le degré d'acceptation de cette méthode dépend donc de la capacité de l'étudiant à s'adapter au changement, sortir du confort que procure l'hétéro-évaluation.

S'autoévaluer suggère de porter un regard critique sur soi, exercice périlleux comme le dit Bélair « en effet, les exigences d'un tel recul et d'une telle distanciation sont considérables, car elles obligent l'évalué à se regarder, à s'analyser, à fouiller dans ses propres difficultés, au

risque entre autres d'altérer son image de soi et ainsi de devoir la construire à nouveau ou sous d'autres angles ».

Enfin, s'autoévaluer c'est acquérir une autonomie de notation²⁰. Mais, tout droit implique des devoirs. Avoir le droit de s'autoévaluer, c'est avoir le devoir de bien le faire comme le dit Hameline « L'autonomie n'est pas autre chose que l'inaliénable devoir des personnes de se reconnaître des droits, et que leur droit, tout aussi inaliénable de se donner des devoirs »²¹. L'auto-évaluation est l'autonomie à laquelle les internes seront confrontés, qu'ils devront assumer en tant que professionnels de santé, et à laquelle ils devraient être plus formés en tant qu'interne.

2-L'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation couplée à une hétéro-évaluation

Lorsque l'on compare les résultats obtenus concernant l'hétéro-évaluation et l'auto-évaluation combinée à une hétéro-évaluation, on observe que les internes sont d'accord pour dire que ces deux méthodes sont plus approfondies et formatrices, car l'échange avec une tierce personne permet d'approfondir les remarques mises en avant et de leur apporter des solutions afin de s'améliorer.

Ces derniers ont apprécié avoir un feed-back efficace qui, selon les données de la littérature, procure des bénéfices tant à l'étudiant qu'à l'enseignant²². Il aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages, à agir sous supervision et en fin de compte, à améliorer ses performances. Le fait de générer du feed-back bénéficie aussi à l'enseignant en lui permettant de modifier son style et ses contenus d'enseignement, pour s'adapter aux besoins individuels de l'étudiant²².

Cependant, pour quelques internes ces méthodes présentent des biais liés au poids du regard de l'évaluateur.

Toutefois, une petite différence apparaît entre ces deux méthodes, à savoir que l'hétéro-évaluation leur paraît encore plus confortable qu'une évaluation partagée où ils auraient à donner leurs points de vue, et de ce fait, à devoir porter un regard critique sur eux-mêmes.

D-Hétérogénéité des modalités de remplissage du guide

L'analyse des données révèle une réelle disparité dans les modalités de remplissage du guide. Il serait intéressant que DERMG clarifie ces modalités afin d'avoir un modèle unique de formation.

Au regard de toutes ces données, il semble judicieux que les internes combinent les résultats de leur auto-évaluation, via le guide, avec une rétroaction externe afin de mieux orienter leur apprentissage et optimiser leur pratique¹⁸.

Concernant le moment de l'évaluation, il paraît non-constructif de réaliser une évaluation en début de semestre pour des raisons organisationnelles évidentes. La deuxième moitié du semestre semble être le bon moment pour réaliser l'évaluation. Ainsi, l'interne aura encore quelques semaines pour mettre en pratique les remarques faites pendant l'évaluation. Il pourra mettre en application sa communication améliorée auprès des patients, et pourra ainsi en apprécier les bénéfices, ce qui renforcera sa satisfaction et sa motivation.

Enfin, concernant le référentiel de l'évaluation, il n'est pas aisé d'apporter une réponse précise.

Cependant des éléments importants sont à prendre en compte :

- L'évaluation de l'interne doit concerner une seule consultation et doit être immédiatement consécutive à cette dernière.
- L'interne ne doit pas choisir le patient sur qui il réalise l'évaluation.
- Le patient ne doit pas être informé que l'entretien médical est évalué.

E-Impact sur la pratique

1-L'approche centrée sur le patient

Le remplissage du guide d'auto-évaluation a amené les internes à se diriger vers un mode de communication qui ne prend pas seulement en compte la maladie, mais aussi le malade dans sa globalité. Ils ont ainsi pu développer une approche centrée sur le patient. Il s'agit d'une approche clairement énoncée dans le référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes, élaboré sous l'égide du Conseil Nationale des Généralistes enseignants en mars 2009²³.

a-Définition d'une approche centrée sur le patient

Le concept de l'approche centrée sur le patient, élaboré par Stewart et ses collaborateurs, est caractérisé par 6 composantes complémentaires avec 6 objectifs pour le médecin⁶ :

- Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective.
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte.
- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage de décisions.
- Etablir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique.
- Valoriser la promotion de la santé et de la prévention.
- Faire preuve de réalisme pour le médecin et tenir compte de ses limites.

Afin d'atteindre ces 6 objectifs, le médecin devra opter pour une communication qui se caractérise par²⁴⁻²⁶ :

- Le non emploi du jargon médical
- Une capacité d'écoute accrue sans interruption du patient
- Un recueil des données via des questions ouvertes
- L'expression de l'empathie
- Une écoute active
- L'usage de reformulations
- L'emploi d'énoncé de vérification et de synthèse

Cependant, comme l'ont souligné les internes, il faut nuancer ces caractéristiques car, s'il faut écouter le patient, il faut aussi savoir l'interrompre, et s'il faut poser des questions ouvertes, il faut aussi être parfois directif et poser des questions fermées afin d'obtenir une réponse précise. Cette flexibilité dans la communication est importante et dépendra du contexte²⁷.

b-Bénéfices d'une approche centrée sur le patient

❖ *Pour le patient*

Une meilleure satisfaction^{2,3}, observance et adhésion au traitement⁴, et une amélioration de la qualité de vie des patients⁵.

La communication centrée-patient permet au patient de s'exprimer plus amplement lorsque cela est nécessaire. Il en résulte une meilleure compréhension par le praticien des symptômes et du patient dans sa globalité. Ainsi, le patient se sentira mieux pris en charge et plus concerné par son état de santé.

❖ *Pour le médecin*

Une meilleure satisfaction^{2,3}, moins de stress et de burn-out⁹ et moins de litiges juridiques^{7,8}. Ce mode de communication a une influence positive sur le patient. Le patient donnant un retour positif sur sa prise en charge globale, la satisfaction du médecin vis à vis de son travail sera meilleure. Le médecin étant plus satisfait, il sera moins stressé. Par ailleurs, un patient satisfait et une communication facilitée avec son praticien, sont souvent la clé pour éviter les litiges et les situations de conflits²⁸.

❖ *Pour la société*

Une diminution du recours au système de santé et donc un coût moindre en santé pour la société. Kléa et Rahman de l'Université de Sacramento ont mené une étude prospective, et ont mis en évidence une diminution significative de l'utilisation des systèmes de santé lorsque le médecin traitant s'efforce à adopter une attitude centrée sur le patient²⁹.

❖ *Pour l'enseignement et la recherche*

L'approche centrée-patient constitue un cadre conceptuel cohérent à une démarche éducative en Médecine Générale ; notamment, en aidant à la conception d'outils pédagogique comme le guide Calgary-Cambridge et le consensus de Kalamazoo qui sont tous deux des références dans l'enseignement et la recherche en communication médicale^{10,14}.

c-Les limites de ce modèle ne sont pas claires

Le modèle de l'approche centrée sur le patient est reconnu sur le plan théorique, peu des difficultés ressortent dans la littérature. Mais, son application en pratique courante reste difficile.

Dans une étude qualitative hollandaise³⁰ qui a recueilli les opinions de professionnels de santé et de patients impliqués dans une prise en charge biopsychosociale des maladies chroniques, tous les participants ont noté la faible prise en compte en pratique courante d'une telle approche.

Les raisons invoquées, par ces derniers, qui empêcheraient le développement en pratique d'une approche plus centrée sur le patient étaient :

- Le manque d'active participation des patients dans l'expression du problème.
- Le manque de formation des professionnels à explorer ce domaine.
- Le manque d'intégration de cette approche dans les recommandations pour la pratique clinique (qui prennent plus en compte les données biomédicales).
- Le manque de temps et d'incitations financières.

D'autre part, on peut reprocher à l'approche centrée-patient, de se placer en modèle « universaliste », qui peut être perçu comme « idéaliste » ou « totalitaire », et par conséquent peut soulever des résistances.

Les freins de ce modèle ne se trouvent pas dans son mode de fonctionnement. Mais son application en pratique se confronte à des limites corrélées à la force culturelle du modèle biomédical, au contexte de soin et au niveau d'implication et de résistance tant des patients que des médecins à ce concept.³¹

Enseigner tôt la communication centrée-patient est donc nécessaire afin que, les futurs praticiens intègrent naturellement cette approche et ne se heurtent plus à l'influence du modèle biomédical.

2-La Communication non-verbale

Le remplissage du guide d'auto-évaluation a beaucoup sensibilisé les internes à la communication non-verbale au cours d'un entretien médical, Ils ont pris conscience de son importance. Cela leur a aussi permis de modifier leur pratique en accordant une place plus importante à la communication non-verbale lors de l'entrevue médicale.

Avec seulement 4 items consacrés à ce sujet, le thème de la communication non-verbale a suscité le plus d'intérêt et de réactions positives auprès des internes.

Le guide reprend des items récurrents dans la littérature à ce sujet à savoir : le contact visuel avec le patient, les postures, les indices vocaux, la façon d'utiliser l'ordinateur ou le dossier médical papier.

Cependant d'autres items non abordés dans le guide ressortent dans la littérature, notamment : l'expression faciale, le toucher et le hochement de tête^{3,32,33}.

Selon Mehrabian, l'importance des éléments non-verbaux dans la communication est considérable : il évalue que dans un échange, 55% du message total relèverait de l'expression corporelle, 38% de la voix et 7 % de la parole³⁴. L'expression non-verbale est donc le pilier de la communication. L'essentiel de l'information est véhiculé par la forme et le contexte. Le verbal c'est à dire le fond du message informatif doit être soutenu par sa dimension non-verbale car s'il y a conflit entre les deux, le patient aura tendance à considérer le message non-verbal comme le vrai message; comment le lui reprocher quand on sait que le non-verbal relève d'un niveau moins conscient et échappe en partie au contrôle volontaire³⁵.

F-Pistes de formations à la communication médecin-patient durant le cursus médical

1-Etat des lieux : la formation à Nice

Reprenant et décortiquant le programme des étudiants en médecine de la première année à la fin du troisième cycle de Médecine Générale concernant la communication médecin-patient :

❖ *PACES*

Nous avons retrouvé dans L'arrêté ministériel du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune des études de santé, l'intégralité du programme d'enseignement à dispenser aux étudiants au cours de cette première année. L'unité d'enseignement commune « Santé, Société, Humanité » intègre entre-autre le module sciences humaines et sociales dont un des objectifs énoncés dans l'arrêté est de « développer (...) la connaissance de l'histoire des soins, des sciences et de la relation entre soigné et soignant » ; on peut donc penser que la communication médecin-patient est abordée en partie mais a aucun moment l'arrêté ministériel énonce explicitement la communication dans ses objectifs.

❖ *3^{ème} année de médecine*

Au cours de cette troisième année de médecine, 22 heures sont dédiées à l'enseignement du module « Santé, Société et Humanité » dont 3 heures de cours théorique en amphithéâtre qui abordent la relation médecin-patient au cours desquelles peut être abordée la communication ; encore une fois cette dernière n'est pas explicitement traitée.

❖ *Externat*

Au cours des trois années (DFASM1, DFASM2, DFASM3) qui constituent ce qu'on appelle traditionnellement l'externat, les étudiants sont préparés au passage des épreuves classantes nationales.

Sur les 362 questions de l'examen classant national, seule la première question aborde explicitement la communication dans ses objectifs.

❖ *Troisième cycle de médecine générale*

Durant les trois années d'internat de Médecine Générale, un séminaire d'une demi-journée sur le thème « communication, relation et éducation du patient » est réalisé en première année d'internat ; ce dernier est dispensé sous forme de séances de groupe. A ce séminaire, s'ajoute l'évaluation semestrielle via le guide de communication durant les trois années d'internat.

2-L'enseignement à la communication : intérêt certain pour les étudiants

Lors du recueil des données, certains internes ont exprimé l'idée que l'on ne peut être formé à la communication médecin-patient que par l'observation des pairs et par l'expérience. Or, des études ont prouvé que la communication est une compétence que l'université peut enseigner au même titre que pour l'acquisition de compétences biomédicales^{36,37}.

Une étude Suisse³⁶ de 1998 présente une formation, auprès d'un groupe d'internes, qui décrit un enseignement de 22,5 heures, sur 6 mois, en parallèle des 6 heures hebdomadaires

d'éducation médicale dispensées à l'ensemble de la promotion. Les étudiants participaient en petits groupes à des ateliers pratiques avec patient simulé en consultation filmée. Enfin, un livret était distribué aux étudiants ; livret contenant les objectifs à atteindre, utilisé six fois avec un formateur sur une période de 6 à 8 mois après la formation. Cette formation théorique complétée par des ateliers pratiques et un suivi régulier a permis aux étudiants d'améliorer significativement certaines compétences par rapport aux étudiants n'ayant pas reçu cette formation, comme l'écoute active du patient ou encore l'implication du patient dans sa prise en charge.

Aux U.S.A. cette fois, trois universités ont fait converger leurs efforts et ont réalisé une étude commune, en proposant un enseignement des compétences en communication pendant la troisième année d'internat. Ces trois universités ont mis à disposition des internes sélectionnés, un même document de base sur les compétences à acquérir en communication (OSCE). Ce questionnaire a été rempli avant et après la formation à la communication. La formation reposait sur la réalisation d'une dizaine d'ateliers de jeux de rôles avec patients standardisés afin de simuler des situations cliniques différentes. Un feed-back personnalisé a lieu après chaque atelier par l'animateur du jeu de rôle.

A l'issue de cette formation, les internes ont amélioré certaines compétences communicationnelles telles que l'organisation et la gestion du temps lors d'une consultation, ainsi que dans la négociation et la participation du patient dans la prise de décisions thérapeutiques³⁷.

3-Les éléments essentiels pour l'apprentissage de la communication

Les données de la littérature suggèrent que six éléments essentiels devraient être inclus dans une stratégie de formation visant l'apprentissage réussi de la communication professionnelle³⁸:

➤ *Un référentiel basé sur des données scientifiques probantes*

Un référentiel de qualité doit concilier et intégrer le raisonnement clinique et la communication afin d'être utilisé comme modèle de structure et de cohérence dans l'enseignement tout au long du cursus.

➤ *Une pratique répétée des nouveaux apprentissages avec une rétroaction immédiate et spécifique*

Selon Kurtz et ses collaborateurs, l'apprentissage à la communication exige plusieurs mises en pratique dans un contexte proche du vécu professionnel futur ; en plus de l'application de mise en situation clinique réelle, ces derniers insistent sur le fait d'allier la pratique à une rétroaction immédiate¹¹.

Pour Kurtz et al, il est essentiel de prévoir tout au long de la formation et durant la vie professionnelle des périodes d'apprentissage et de consolidation des habiletés de communication. Ces habiletés doivent inclure des mises en application répétées associées à des rétroactions immédiates car ils ont démontré que les acquis des premières années d'études s'amenuisent s'ils ne sont pas réactualisés et renforcés au cours de formations cliniques^{11,14}.

➤ *Un cursus de formation cohérent et longitudinal*

Les auteurs préconisent que la formation à la communication soit intégrée dès le début des études médicales et qu'elle s'étende longitudinalement tout au long de la formation de l'étudiant, et ce, qu'elle que soit sa spécialité, afin d'actualiser et renforcer cette apprentissage.

➤ *La mise en place d'un processus formel d'évaluation des apprentissages*

Comme le mentionne Miller³⁹, la communication doit faire l'objet d'une évaluation sommative. Il recommande plus précisément une évaluation des compétences communicationnelles lors d'entrevues réelles ou simulées afin d'évaluer « *le comment faire* », soit comment ils agissent en pratique plutôt que l'évaluation du savoir.

➤ *Des activités de découverte de soi*

La relation médecin-patient n'est pas seulement dépendante des habiletés communicationnelles ; elle est aussi influencée par des facteurs individuels inhérents au médecin et au patient, comme la personnalité, l'histoire personnelle, la culture, la religion etc. C'est pourquoi, il paraît essentiel que les médecins se connaissent mieux eux-mêmes afin de faciliter l'ouverture aux autres ; ouverture qui se traduit par une attitude de respect et de curiosité pour la réalité et croyance de chaque patient, et qui est nécessaire pour collecter et interpréter les informations utiles à la démarche clinique et pour mettre en place des prises en charge efficace.

Quelle que soit l'activité de découverte de soi (psychothérapie, réflexion individuelle sur ses propres activités, observation critique de ses entrevues), celle-ci doit chercher à favoriser la prise de conscience des facteurs personnels qui influencent la perception, l'interprétation et l'action des médecins lors de la rencontre avec les patients.

➤ *Des cliniciens « modèle de rôle »*

Selon Chamberland et Hivon⁴⁰, le modèle de rôle des cliniciens constitue un moteur puissant pour l'apprentissage des différentes compétences cliniques dont les compétences communicationnelles, car les futurs médecins sont fortement influencés par ce qu'ils observent chez leurs maîtres.

Il paraît donc nécessaire que chaque faculté de médecine, chaque milieu ambulatoire d'enseignement et chaque réseau hospitalo-universitaire, initie ou consolide des activités explicitement dédiées au renforcement des habiletés communicationnelles des médecins qui y exercent³⁸.

Comparons notre modèle de formation à la communication via le guide, à ces 6 éléments essentiels :

-Pour le premier point, le Guide Calgary-Cambridge et le consensus de Kalamazoo sur lesquels reposent l'élaboration de notre guide de communication, sont justement des modèles qui intègrent la communication à la démarche clinique.

-Le remplissage du guide repose sur une expérience clinique répétée six fois au cours des trois années d'internat. La rétroaction n'était pas toujours immédiate, Il faudrait éventuellement insister sur le fait que l'évaluation doit immédiatement succéder à l'entretien.

-L'expérience de l'évaluation via ce guide de communication est proposée uniquement aux internes pendant leurs trois années d'internat. Ainsi la formation ne suit pas une logique longitudinale. Il serait donc judicieux d'introduire cette évaluation plus précocement dans le cursus médical, et de manière continue jusqu'à l'obtention du doctorat.

-L'évaluation sommative pratique des aptitudes communicationnelles est à ce jour un facteur manquant à la faculté de Nice. Une évaluation clinique et sommative des seules compétences en communication par un enseignant lors d'une entrevue médicale n'est pas proposée lors de de l'externat ou de l'internat. Ainsi, ces habiletés ne sont pas évaluées en situation clinique et n'amènent donc pas d'invalidation en cas d'échec de l'évaluation. Cependant, il faut noter, que les internes en Médecine Générale de Nice doivent présenter au DERGM un suivi de leurs aptitudes communicationnelles à travers le remplissage des six guides au cours des trois années d'internat, et ce, afin d'apprécier leurs retours quant à l'évolution de leurs compétences dans ce domaine.

-L'auto-évaluation via ce guide est une activité de découverte de soin car, oblige l'étudiant à s'auto-juger et à porter un regard critique sur sa personne au vu de certains items qui constituent ce guide.

-Certains internes de notre étude ont enfin souligné le rôle immuable de l'observation des maîtres dans l'acquisition de compétences communicationnelles. La littérature s'accorde avec ce constat³⁸. Afin de renforcer la valeur et la place de l'observation des maîtres dans le processus de formation à la communication, le DERGM de Nice confie l'enseignement de cette compétence à des médecins formés et compétents en communication médicale.

4-La formation à la communication par les jeux de rôle et la vidéoscopie

En 2012, une étude Belge⁴¹ a tenté de recueillir le sentiment des internes sur la formation en communication dans leur université, ainsi que des informations sur le nombre d'heures et la nature de la formation dédiée à cette discipline en contactant 300 universités dans le monde. 80% des internes ayant répondu au questionnaire souhaitaient plus de formation à la communication.

Cela va dans le même sens que le recueil des données, et en renforce la valeur car la plupart des internes ont exprimé un besoin à plus de formation en communication.

Afin de répondre à ces besoins en communication, deux types de formations ont été mis en avant dans le recueil des données et la littérature :

- l'apprentissage par des jeux de rôles
- l'apprentissage par la vidéo

a-L'apprentissage par les jeux de rôles

L'apprentissage à la communication par des jeux de rôles est un type d'enseignement qui a fait ses preuves dans de nombreuses études et universités⁴²⁻⁴⁶.

Le principe est de construire des petits groupes d'étudiants, encadrés par un animateur (médecin formé à la communication, psychologue), qui vont simuler une entrevue médicale.

Cette méthode de simulation en groupe, décrit deux possibilités pour la modélisation de l'entrevue :

- Le malade et le médecin peuvent être tous deux joués par les étudiants,
- Le rôle du soignant est joué par l'étudiant et celui du patient peut être joué par « un vrai patient » ou par un comédien professionnel formé à jouer le rôle du patient.

Les avantages inhérents à la mise en place d'ateliers de ce type sont nombreux :

- La réalisation d'une rétroaction riche et immédiate par les protagonistes, les observateurs et l'animateur du jeu de rôle.
- Une expérience pédagogique profitable aux protagonistes et observateurs.
- Une méthode permettant l'évaluation de la communication verbale et non-verbale.
- Un moyen développant l'intérêt à se former, et aidant les étudiants dans l'appréhension des situations étudiées⁴⁷.

Le jeu de rôle doit néanmoins être bien préparé et mené avec soin car il s'avère rapidement inefficace quand il est mal employé. Cette formation demande donc une préparation importante en amont de la séance afin de proposer des rôles réalistes, de mettre en place la séquence de mise en scène et de déterminer les objectifs précis et adaptés au niveau des internes⁴⁸.

La mise en place d'une telle formation, nécessite des formateurs compétents en communication et en direction de groupe de simulation notamment, en assurant aux participants un encadrement soigneusement planifié, des conditions de respect et de confidentialité, ainsi que le soutien approprié à cette situation d'apprentissage⁴⁹.

Enfin, il est important de maintenir une entente et un sentiment d'égalité entre les membres du groupe pour favoriser la liberté d'expression et l'ouverture à une critique constructive⁴⁵. L'inquiétude d'une confrontation aux jugements des autres peut, en effet, inhiber l'expression de critiques, d'où l'importance de réaliser un feed-back structuré à l'aide de formulaires d'observation et d'évaluation.

Au regard de ces données, il semblerait que les séances de GEASP, dans le cadre de la formation des internes en Médecine Générale, soient appropriées à la réalisation d'ateliers de type jeux de rôle dans l'apprentissage à la communication tout en se référant au guide de communication, afin de réaliser une rétroaction structurée et constructive.

b-L'apprentissage par la vidéo

De nombreux articles ont prouvé l'intérêt et l'efficacité de l'apprentissage de compétences en communication par l'utilisation de la vidéo. Son utilisation est variée ; elle peut être utilisée lors de consultations simulées avec des patients standardisés, lors d'une consultation avec un vrai patient, avec ou sans réalisation d'une supervision par un tiers. L'avantage majeur de la vidéo est sa nature : avoir la possibilité de se voir et s'entendre permet de mettre le doigt de façon précise sur les points de la pratique à améliorer¹².

La vidéo permet une analyse performante de la communication verbale et non-verbale, d'observer et de comprendre les réactions des patients et enfin de réaliser une évaluation plus précise. Concernant ce dernier point, il semble important d'insister sur les conclusions de Martin et son équipe à savoir que le visionnage peut donner lieu de façon simultanée ou successive à une auto-évaluation et une rétroaction externe, permettant à l'étudiant de percevoir ses compétences de manière plus exacte⁵⁰.

Là encore des difficultés ressortent pour les internes⁴⁸ :

- La peur du jugement porté sur les compétences biomédicales.
- Prendre conscience de l'image que l'on donne, de son attitude, de sa manière d'être n'est pas implicite, car on touche à la personnalité même, au narcissisme. Ainsi les internes peuvent exprimer de l'anxiété quant à l'appréciation de l'image de soi et de par le jugement d'un tiers de l'image de l'apprenant. A l'inverse, lorsque les étudiants sont mis à l'aise par l'évaluateur et se retrouvent dans des conditions favorables à leur expression, les internes plébiscitent la formation et reconnaissent son importance dans leur pratique professionnelle future⁵¹.

Concernant enfin les résultats de notre étude, les internes ont exprimé une préférence pour la vidéoscopie lors des stages chez le praticien. Ils souhaitent réaliser une auto-évaluation aidée du guide de communication par le visionnage seul de la vidéo, sans la confronter à leurs maîtres de stage. Or, au vu de l'importance du feed-back que peut procurer une supervision par un tiers, nous pouvons par exemple proposer aux internes de visualiser seul la vidéo dans un premier temps, puis de sélectionner des passages dont ils veulent discuter avec le superviseur. Notons que cette méthode est employée à la Cité de la Santé de Laval au Québec, et qu'elle permet de profiter de la qualité du feed-back procuré par un tiers tout en diminuant le stress et l'anxiété de l'interne³⁸.

CONCLUSION

L'évaluation structurée des compétences communicationnelles au moyen d'un guide d'auto-évaluation validé, a permis aux internes en Médecine Générale de Nice de faire le point sur leurs habiletés communicationnelles.

Les internes de notre étude ont pris conscience de leurs habitudes et du nécessaire changement de leur communication verbale et non-verbale afin d'améliorer la prise en charge du patient en Médecine Générale. Ils ont évolué vers une communication centrée sur le patient.

Toutefois, les étudiants interrogés ont émis des propositions de modification du guide d'auto-évaluation afin d'optimiser son utilisation.

L'auto-évaluation des compétences communicationnelles n'a pas fait l'unanimité auprès des internes ; combiner les résultats de l'auto-évaluation à ceux d'une rétroaction externe explicite, assure la justesse de l'évaluation, permet de guider l'apprenant et de le stimuler dans la perspective d'atteindre une meilleure performance.

La communication médicale est une des compétences essentielles à notre métier de soignant et véritablement une des plus difficiles à acquérir. Ainsi, elle doit être intégrée dans un cursus de formation cohérent et longitudinal, s'étendant du début à la fin des études médicales. Une telle organisation de l'enseignement permettra une prise de conscience précoce des habiletés à acquérir, une actualisation et enfin un renforcement de ces dernières au fil des années.

Il serait intéressant de compléter la formation actuelle mise en place par le DERMG durant le troisième cycle, par des enseignements pratiques en groupe lors des séances de GEASP, par la réalisation de jeux de rôle, et de manière individuelle, lors du stage chez le praticien, par la vidéoscopie avec supervision. Réaliser au préalable des études auprès des internes en Médecine Générale afin d'expérimenter et de s'assurer de la pertinence de ces propositions d'enseignement à la communication, recueillies auprès de la population de notre étude, est une piste à explorer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Internatio. New York; 1957.
2. Mikesell L. The cross-cutting edge Medicinal relationships : caring conversation. *Med Educ*. 2013;443-452.
3. Warnecke E. The art of communication. *Aust Fam Physician*. 2014;43(3):156-158.
4. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Warton EM, Schillinger D. Communication and Medication Refill Adherence. *Am Med Assoc*. 2015;173(3):210-218.
5. Stewart MA. Effective Physician-Patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-1433.
6. Lecture M. Reflections on the doctor – patient relationship : from evidence and experience. *Br J Gen Prat*. 2005;(October):793-801.
7. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients. *Arch nterm Med*. 1989;149:2190-2196.
8. Lussier M, Richard C. Complaints and legal actions. *Le médecin Fam Can*. 2005;5:37-39.
9. Ha JF, Hons M, Anat DS, Longnecker N, Charles S, Hospital G. Doctor-Patient Communication : A Review. *Ochsner J*. 2010;10:38-43:38-43.
10. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001.
11. Kurtz S, Silverman J, Drapper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe,.; 1998.
12. Armengau C. Opinions d'internes en médecine générale sur l'auto-évaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. 2011.

13. Silverman J. The Calgary-Cambridge guides: the "teenage years." *Clin Teach*. 2007;4(2):87-93.
14. Silverman J, Kurtz S, Drapper J. *Outils et Stratégies Pour Communiquer Avec Le Patient*. Médecine & Médecine et Hygiène; 2010.
15. Kurtz S, Silvermann J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003:802-809.
16. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns*. 1999;137:191-195.
17. Thibeault E. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>. Published 2010.
18. Dory V, De Foy T, Drgryse J. L'auto-évaluation : postulat préalable , finalité de la mission éducative ou utopie pédagogique ? Clarifications conceptuelles et pistes pour une application en éducation médicale for practical applications in medical education. *Pédagogie Médicale*. 2009;10(1):41-53.
19. Colthart I, Bagnall G, Evans A, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Med Teach*. 2008;30(2):124-145.
20. Rouiller J, Pillonel M. Faire appel à l'auto-évaluation pour développer l'autonomie de l'apprenant. *Cah Pédagogiques*. 2001.
21. Houssaye J. *Questions Pédagogiques: Encyclopédie Historique*. Hachette.; 1999.
22. O'BRIEN H V., MARKS MB, CHARLIN B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 2003;4:184-191.
23. ATTALI C, et al. Référentiel Métier et Compétences des médecins généralistes. http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compences_MG.pdf. Published 2009.
24. Teutsch C. Patient-Doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87(5):1115-1145.

25. Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. THE PROFESSION Getting it right : why bother with patient-centred care ? *MAJ*. 2003;179:253-256.
26. Maguire P, Pitceathly C. Clinical review Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325:697-700.
27. Richard C, Lucier M-T. *La Communication Professionnelle En Santé*. Broché.; 2005. 175-176
28. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Richard Frankel M. The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154(12):1365-1370.
29. Bertakis KD, Azari R, Charges K, Care P. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *JABFM*. 2011:229-239.
30. Vries AVD, Moser A, Mertens V, Linden J Van Der. The ideal of biopsychosocial chronic care : How to make it real ? A qualitative study among Dutch stakeholders. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):14.
31. Bensing JM, Tromp F, Dulmen S Van, Brink- A Van Den, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002 : a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:1-7.
32. Papers O. Patients ' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study. *Br J Gen Prat*. 2010;(August 2009):83-87.
33. Wilson JF, Langer S, Haist SA. House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction. *JGIM*. 2003.18:170-174
34. Mehrabian A. *Nonverbal Communication*. Broché.; 2007.
35. Richard C, Lucier M. *La Communication Professionnelle En Santé*. Broché;2005.131-135
36. Langewitz W, Eich P, Kiss A, Wossmers B. Improving Communication Skills-A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine. *Psychosom Med*. 1998;60.

37. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA*. 2003;290(9):1157-1165.
38. Millette B, Lussier M, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004;5:110-126.
39. George Miller E. The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Acad Med*. 1990. vol 65. Nbr 9:63-67
40. Chamberland M. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2005;6(1):98-111.
41. Richard S, Pardoën D, Piquard D, et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. Perception of training in doctor-patient communication for students at Faculty of Medicine. *Rev Med Brux*. 2012:525-530.
42. Nikendei C, Krausa B, Schrauthb M, et al. Integration of role-playing into technical skills training a randomized controlled trial. *Med Teach*. 2007.29:956-969
43. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of Communication Skills Training Program for Oncologists Based on Patient Preferences for Communication When Receiving Bad News : A Randomized Controlled Trial. *Am Soc Clin Oncol*. 2014;32(20).
44. Hausberg MC, Hergert A, Kröger C, Bullinger M, Rose M, Andreas S. Enhancing medical students' communication skills : development and evaluation of an undergraduate training program. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):16.
45. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2007.
46. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2012;87(3):300-306.
47. Odhayani AA. Enseigner l'art de la communication. *Le médecin Fam Can*. 2011;57:398-400.

48. Delacour CC. Le jeu de rôles dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient: quel vécu pour les internes de Médecine Générale? 2013.
49. GIRARD G, CLAVET D, BOULE R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. 2005;6(819):178-185.
50. Martin D, Regehr G, Hodges B, McNaughton N. Using videotaped benchmarks to improve the Self-assessment Ability of Family Practice Residents. *Acad Med*. 1998;73.
51. Chou C, Lee K. Improving resident's Interviewing Skills by Group Videotape Review. *Acad Med*. 2002;77:737-756.

ANNEXES

Annexe 1 : Le Consentement Eclairé

Consentement Eclairé **Thèse sur la communication**

Je soussigné(e) Nom, Prénom :.....
accepte que le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale (DERMG) transmette mon/mes rapports d'auto-évaluation à la communication à Mlle Ines Guessoum pour sa thèse « Opinion d'internes en Médecine Générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication»

Je reconnais avoir pu poser toutes les questions concernant ce travail et avoir compris les explications données en réponse.

A, le :

Signature, précédée de la mention
« J'ai été informé(e) et y consens »

Annexe 2 : Le Guide d'Entretien

Observatrice

Bonsoir à tous, merci de votre présence et de votre implication dans mon travail de thèse.

L'objectif de ce soir est de recueillir vos avis et vos impressions sur guide d'auto-évaluation à la communication que vous devez remplir chaque semestre, recueillir les points positifs et les points négatifs de la méthode, ce que vous en avez pensé, et à la fin on essayera de recueillir les propositions éventuelles à émettre au Département de Médecine Générale pour la formation à la communication pendant le DES; nous allons donc ce soir recueillir vos avis et vos impressions à travers ce focus groupe.

Comment ça va se passer ?

Je vous présente tout d'abord, le Dr Caroline Armengau, qui est médecin généraliste et qui va être l'animatrice de ce groupe de discussion.

On vous posera quelques questions afin de recueillir les éléments intéressants pour ma thèse. Ce qui est important c'est que chacun s'exprime en toute sincérité, de toute façon cela restera anonyme, aucun nom n'apparaîtra dans ma thèse, pas de langue de bois, vous me dites clairement ce que vous en pensez, je pense que je peux vous faire confiance.

Moi je reste là, je prends simplement des notes et à la fin je ferais une petite synthèse et éventuellement s'il y a des choses que je n'ai pas comprises ou pas bien noté je vous poserai quelques questions et on en discutera ensemble.

Dans un souci de clarté et de fidélité, la totalité de nos échanges sera enregistrée. Merci de mettre vos noms sur les chevalets.

Je laisse la parole à Caroline.

Animatrice

Alors bonsoir, merci d'être là malgré les stages, les GEASP, que ce soit un lundi soir. Je suis Caroline Armengau, médecin généraliste, installée depuis 3 ans à Nice. Je suis ECA (Enseignant clinicien Ambulatoire) et également tuteur de GEASP (Groupe d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles). Inès m'a gentiment demandé d'animer cette réunion afin de recueillir vos impressions sur le guide d'autoévaluation à la communication, qui fait maintenant partie de vos traces d'apprentissage pour le DES, et je suis ravie de pouvoir participer un petit peu à ce travail.

Nous allons recueillir maintenant vos avis et vos impressions.

Est-ce que quelqu'un a des questions sur le déroulement de cette séance ?

Etant donné que je ne vous connais pas, à une ou deux exceptions près je vais vous demander de vous présenter.

1-Pour commencer, pouvez-vous nous dire pour quelle raison avez-vous accepté de participer à ce focus groupe ?

Merci. Nous allons maintenant passer à vos remarques au sujet de la méthode. Nous vous distribuons maintenant un exemplaire du questionnaire utilisé afin d'évaluer votre compétence en communication.

2-Que pensez-vous de ce guide d'auto-évaluation à la communication ?

-Avez-vous été gêné par la formulation de certaines questions ou par l'échelle de satisfaction ?

3-Comment et dans quelles conditions remplissez-vous ce guide d'auto-évaluation de la communication ?

4-Apporтерiez-vous certaines modifications à ce guide d'auto-évaluation de la communication ?

Après les aspects techniques, nous allons maintenant aborder votre ressenti.

5-Cette méthode d'évaluation de la communication a-t-elle modifié les idées que vous aviez sur la communication en Médecine Générale ?

6-Comment vivez-vous le fait de remplir ce guide ?

7-Quel impact a-t-elle eu dans votre pratique ?

8-Pensez-vous qu'il s'agit d'une bonne méthode d'auto-évaluation de la communication ? Pourquoi ?

9-Maintenant que vous avez expérimenté cette méthode, souhaitez-vous continuer à travailler vos compétences en communication ?

10-Quelles propositions pourriez-vous faire au DERMG afin de répondre au mieux à vos besoins pour compléter votre compétence en communication ?

11-Plus précisément, avez-vous rencontré dans votre pratique quotidienne des situations pour lesquelles vous aimeriez améliorer vos capacités en communications ?

Annexe 3 : Le Questionnaire Auto-Administré

Bonjour,

Je vous sollicite à nouveau pour ma thèse sur la communication et plus exactement sur le guide d'auto-évaluation à la communication que vous remplissez chaque semestre et déposez sur jalon.

Afin d'évaluer la pertinence de ce type de trace d'apprentissage, nous avons besoin de recueillir vos impressions à ce sujet.

Pour ce faire, nous avons réalisé un questionnaire, anonyme bien sûr, qui ne vous prendra pas beaucoup de temps à remplir.

Je vous remercie par avance de votre participation.

- Sexe ?

- Âge ?

- Votre université d'origine (externat) ?

- Année d'études (Semestre actuel) ?

- Formations complémentaires (DU/DIU/DESC/Capacité...) ?

- Formation en cours ou déjà faite ?

- Formation que vous envisagez de faire ?

- Stage chez le praticien (fait ou pas fait) ?

- Projet Professionnel (Libéral, hôpital, rural, urbain, temps plein ou partiel) ?

1-Que pensez-vous de ce guide d'autoévaluation à la communication ?

- Vous a-t-il permis de faire le point sur vos capacités de communication ? **Pourquoi ?**

-Avez-vous été gêné par la formulation de certaines questions ou par l'échelle de satisfaction ?

2-Comment et dans quelles conditions remplissez-vous cette guide d'auto-évaluation de la communication ?

3-Apporтерiez-vous certaines modifications à ce guide d'auto-évaluation de la communication ? **Si oui, lesquelles ?**

4-**En quoi** cette méthode d'évaluation de la communication a-t-elle modifié les idées que vous aviez sur la communication en Médecine Générale ?

5-Comment vivez-vous le fait de remplir ce guide ?

6-Quel impact a-t-elle eu dans votre pratique ?

7-Pensez-vous qu'il s'agit d'une bonne méthode d'évaluation de la communication ?

Pourquoi ?

8-Maintenant que vous avez expérimenté cette méthode, souhaitez-vous continuer à travailler vos compétences en communication ?

-Quels points de la communication souhaitez-vous travailler pour vous améliorer ?

9-Quelles propositions pourriez-vous faire au DERMG afin de répondre au mieux à vos besoins pour compléter votre compétence en communication ?

10-Plus précisément, **citez** des situations que vous avez rencontrées dans votre pratique et pour lesquelles vous aimeriez améliorer vos capacités en communications ?

Annexe 4 : Le guide de communication

GUIDE D'AUTO-EVALUATION

Ce questionnaire est basé sur 2 consensus qui font référence sur la communication médecin-malade, à savoir : The Kalamazoo Consensus Statement, et le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.

Nous vous demandons d'entourer la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de communication lors d'une entrevue médicale.

Si les énoncés ne vous paraissent pas clairs, ou si vous le souhaitez, merci de les reformuler à votre convenance, tout en conservant le sens général de la phrase.

1/ Débuter l'entretien :

- *se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *s'assurer que le patient est « à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *explorer la/les raison(s) de la visite*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *annoncer le déroulement de la consultation*
non satisfait peu satisfait satisfait

2/ Recueillir les informations :

- *utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions*

- non satisfait peu satisfait satisfait
- *obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic*
non satisfait peu satisfait satisfait

3/ Explorer le contexte personnel du patient :

- *recueillir des éléments sur son contexte de vie*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations...*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *accueillir les points de vue et émotions du patient, et fournir du soutien*
non satisfait peu satisfait satisfait

4/ Echanger l'information :

- *donner des explications claires en évitant tout jargon médical*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *s'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *encourager le patient à poser des questions*
non satisfait peu satisfait satisfait

5/ Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge :

- *encourager le patient à donner son point de vue*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *s'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives*
non satisfait peu satisfait satisfait

- *discuter d'un plan mutuellement acceptable (signaler sa position ou ses préférences au sujet des options possibles, déterminer les préférences du patient)*

non satisfait peu satisfait satisfait

6/ Terminer la consultation :

- *procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *résumer la discussion*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *proposer le maintien du contact*

non satisfait peu satisfait satisfait ne s'y prête pas

7/ Concernant le comportement non verbal, êtes vous satisfait :
--

- *du contact visuel avec le patient ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *de vos postures, positions et mouvements ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *de vos indices vocaux (débit, volume, tonalité) ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *de votre façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.