



**HAL**  
open science

# Le rôle de l'enseignant clinicien dans l'apprentissage de la compétence communication / relation médecin-patient en stage praticien de niveau 1

Caroline Jéhanno

► **To cite this version:**

Caroline Jéhanno. Le rôle de l'enseignant clinicien dans l'apprentissage de la compétence communication / relation médecin-patient en stage praticien de niveau 1. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01782479

**HAL Id: dumas-01782479**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01782479v1>**

Submitted on 7 Jun 2018

**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.

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Caroline Jéhanno**

Née le 12 septembre 1987 à REDON

---

**Le rôle de  
l'enseignant clinicien  
dans l'apprentissage  
de la compétence  
communication /  
relation médecin-  
patient en stage  
praticien de niveau 1**

**Thèse soutenue à RENNES  
le 18 décembre 2017**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PU-PH de Médecine Interne – CHU Rennes/  
Président

**Benoît DESRUES**

PU-PH de Pneumologie – CHU Rennes/ Juge

**Agata ZIELINSKI**

MCF en Philosophie – Université de Rennes 1/  
Juge

**Pierric RENAUT**

MC Associé de Médecine Générale – DMG Rennes/  
Directeur de thèse



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Caroline Jéhanno**

Née le 12 septembre 1987 à REDON

---

**Le rôle de  
l'enseignant clinicien  
dans l'apprentissage  
de la compétence  
communication /  
relation médecin-  
patient en stage  
praticien de niveau 1**

**Thèse soutenue à RENNES  
le 18 décembre 2017**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PU-PH de Médecine Interne – CHU Rennes/  
Président

**Benoît DESRUES**

PU-PH de Pneumologie – CHU Rennes/ Juge

**Agata ZIELINSKI**

MCF en Philosophie – Université de Rennes 1/  
Juge

**Pierric RENAUT**

MC Associé de Médecine Générale – DMG Rennes/  
Directeur de thèse

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| Nom Prénom   | Sous-section de CHU  |
|--|--|
| ANNE-GALIBERT Marie Dominique                                    | Biochimie et biologie moléculaire                                      |
| BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine                                     | Histologie; embryologie et cytogénétique                               |
| BELLISSANT Eric  | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie       |
| BELLOU Abdelouahab   | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie                        |
| BELOEIL Hélène   | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence                        |
| BENDAVID Claude  | Biochimie et biologie moléculaire                                      |
| BENSALAH Karim   | Urologie   |
| BEUCHEE Alain  | Pédiatrie  |
| BONAN Isabelle   | Médecine physique et de réadaptation                                   |
| BONNET Fabrice   | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale |
| BOUDJEMA Karim   | Chirurgie générale   |
| BOUGET Jacques<br><i>Professeur des Universités en surnombre</i> | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie                        |
| BOUGUEN Guillaume  | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                          |
| BOURGUET Patrick<br><i>Professeur des Universités Emérite</i>    | Biophysique et médecine nucléaire                                      |
| BRASSIER Gilles  | Neurochirurgie   |
| BRETAGNE Jean-François   | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                          |
| BRISOT Pierre<br><i>Professeur des Universités en surnombre</i>  | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                          |
| CARRE François   | Physiologie  |

|  |  |
|--|--|
| CATROS Véronique   | Biologie cellulaire  |
| CATTOIR Vincent  | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière                              |
| CHALES Gérard<br><i>Professeur des Universités Émérite</i>                 | Rhumatologie   |
| CORBINEAU Hervé  | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                   |
| CUGGIA Marc  | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication    |
| DARNAULT Pierre  | Anatomie   |
| DAUBERT Jean-Claude<br><i>Professeur des Universités Émérite</i>           | Cardiologie  |
| DAVID Véronique  | Biochimie et biologie moléculaire  |
| DAYAN Jacques<br><i>Professeur des Universités associé,<br/>à mi-temps</i> | Pédopsychiatrie; addictologie  |
| DE CREVOISIER Renaud   | Cancérologie; radiothérapie  |
| DECAUX Olivier   | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;<br>addictologie |
| DESRUES Benoît   | Pneumologie; addictologie  |
| DEUGNIER Yves<br><i>Professeur des Universités en surnombre</i>            | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                              |
| DONAL Erwan  | Cardiologie  |
| DRAPIER Dominique  | Psychiatrie d'adultes; addictologie  |
| DUPUY Alain  | Dermato-vénéréologie   |
| ECOFFEY Claude   | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence                            |
| EDAN Gilles  | Neurologie   |
| FERRE Jean Christophe  | Radiologie et imagerie Médecine  |

|  |  |
|--|--|
| FEST Thierry   | Hématologie; transfusion   |
| FLECHER Erwan  | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                   |
| FREMOND Benjamin   | Chirurgie infantile  |
| GANDEMER Virginie  | Pédiatrie  |
| GANDON Yves  | Radiologie et imagerie Médecine  |
| GANGNEUX Jean-Pierre   | Parasitologie et mycologie   |
| GARIN Étienne  | Biophysique et médecine nucléaire  |
| GAUVRIT Jean-Yves  | Radiologie et imagerie Médecine  |
| GODEY Benoît   | Oto-rhino-laryngologie   |
| GUGGENBUHL Pascal  | Rhumatologie   |
| GUIGUEN Claude<br><i>Professeur des Universités Émérite</i>    | Parasitologie et mycologie   |
| GUILLÉ François  | Urologie   |
| GUYADER Dominique  | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                              |
| HOUOT Roch   | Hématologie; transfusion   |
| HUGÉ Sandrine<br><i>Professeur des Universités associé</i>     | Médecine générale  |
| HUSSON Jean-Louis<br><i>Professeur des Universités Émérite</i> | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                  |
| JEGO Patrick   | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;<br>addictologie |
| JEGOUX Franck  | Oto-rhino-laryngologie   |
| JOUNEAU Stéphane   | Pneumologie; addictologie  |
| KAYAL Samer  | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière                              |
| KERBRAT Pierre   | Cancérologie; radiothérapie  |

|   |  |
|---|--|
| LAMY DE LA CHAPELLE Thierry   | Hématologie; transfusion   |
| LAVIOLLE Bruno  | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie |
| LAVOUE Vincent  | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale                    |
| LE BRETON Hervé   | Cardiologie  |
| LE GUEUT Mariannick<br><i>Professeur des Universités en surnombre</i> | Médecine légale et droit de la santé                             |
| LE TULZO Yves   | Réanimation; médecine d'urgence                                  |
| LECLERCQ Christophe   | Cardiologie  |
| LEDERLIN Mathieu  | Radiologie et imagerie Médecine                                  |
| LEGUERRIER Alain<br><i>Professeur des Universités en surnombre</i>    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                         |
| LEJEUNE Florence  | Biophysique et médecine nucléaire                                |
| LEVEQUE Jean  | Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale                    |
| LIEVRE Astrid   | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                    |
| MABO Philippe   | Cardiologie  |
| MENER Eric<br><i>(Professeur associé)</i>                             | Médecine générale  |
| MEUNIER Bernard   | Chirurgie digestive  |
| MICHELET Christian  | Maladies infectieuses; maladies tropicales                       |
| MOIRAND Romain  | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                    |
| MORANDI Xavier  | Anatomie   |
| MOREL Vincent<br><i>(Professeur associé)</i>                          | Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie                  |
| MORTEMOUSQUE Bruno  | Ophtalmologie  |

|   |  |
|---|--|
| MOSSER Jean                                   | Biochimie et biologie moléculaire  |
| MOURIAUX Frédéric                             | Ophtalmologie  |
| MYHIE Didier<br>( <i>Professeur associé</i> ) | Médecine générale  |
| ODENT Sylvie                                  | Génétique  |
| OGER Emmanuel                                 | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;<br>addictologie        |
| PARIS Christophe                              | Médecine et santé au travail   |
| PERDRIGER Aleth                               | Rhumatologie   |
| PLADYS Patrick                                | Pédiatrie  |
| RAVEL Célia                                   | Histologie; embryologie et cytogénétique                                   |
| RIFFAUD Laurent                               | Neurochirurgie   |
| RIOUX-LECLERCQ Nathalie                       | Anatomie et cytologie pathologiques  |
| ROBERT-GANGNEUX Florence                      | Parasitologie et mycologie   |
| ROPARS Mickaël                                | Chirurgie orthopédique et traumatologique                                  |
| SAINT-JALMES Hervé                            | Biophysique et médecine nucléaire  |
| SEGUIN Philippe                               | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence                            |
| SEMANA Gilbert                                | Immunologie  |
| SIPROUDHIS Laurent                            | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                              |
| SOMME Dominique                               | Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement;<br>addictologie |
| SULPICE Laurent                               | Chirurgie générale   |
| TADIÉ Jean Marc                               | Réanimation; médecine d'urgence  |
| TARTE Karin                                   | Immunologie  |
| TATTEVIN Pierre                               | Maladies infectieuses; maladies tropicales                                 |

|  |   |
|--|---|
| TATTEVIN-FABLET Françoise<br><i>(Professeur associé)</i> | Médecine générale   |
| THIBAUT Ronan  | Nutrition   |
| THIBAUT Vincent  | Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière                     |
| THOMAZEAU Hervé  | Chirurgie orthopédique et traumatologique                         |
| TORDJMAN Sylvie  | Pédopsychiatrie; addictologie                                     |
| VERHOYE Jean-Philippe                                    | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                          |
| VERIN Marc   | Neurologie  |
| VIEL Jean-François                                       | Épidémiologie, économie de la santé et prévention                 |
| VIGNEAU Cécile   | Néphrologie   |
| VIOLAS Philippe  | Chirurgie infantile   |
| WATIER Eric  | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique;<br>brûlologie |
| WODEY Eric   | Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence                   |

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

| Nom Prénom                           | Sous-section de CNU   |
|--------------------------------------|---|
| ALLORY Emmanuel<br>(MC associé - MG) | Médecine générale   |
| AME-THOMAS Patricia                  | Immunologie   |
| AMIOT Laurence (Baruch)              | Hématologie; transfusion  |
| BARDOU-JACQUET Édouard               | Gastro-entérologie; hépatologie; addictologie                             |
| BEGUE Jean-Marc                      | Physiologie   |
| BOUSSEMART Lise                      | Dermato-vénéréologie  |
| CABILLIC Florian                     | Biologie cellulaire   |
| CAUBET Alain                         | Médecine et santé au travail  |
| DAMERON Olivier                      | Informatique  |
| DE TAYRAC Marie                      | Biochimie et biologie moléculaire   |
| DEGEILH Brigitte                     | Parasitologie et mycologie  |
| DUBOURG Christèle                    | Biochimie et biologie moléculaire   |
| DUGAY Frédéric                       | Histologie; embryologie et cytogénétique                                  |
| EDELIN Julien                        | Cancérologie; radiothérapie   |
| GALLAND Françoise                    | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques;<br>gynécologie médicale |
| GARLANTEZEC Ronan                    | Épidémiologie, économie de la santé et prévention                         |
| GOUIN Isabelle épouse THIBAUT        | Hématologie; transfusion  |
| GUILLET Benoît                       | Hématologie; transfusion  |
| HAEGELEN Claire                      | Anatomie  |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| JAILLARD Sylvie                     | Histologie; embryologie et cytogénétique                            |
| KALADJI Adrien                      | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire                           |
| LAVENU Audrey                       | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques          |
| LE GALL François                    | Anatomie et cytologie pathologiques                                 |
| LEMAITRE Florian                    | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;<br>addictologie |
| MAHÉ Guillaume                      | Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire                           |
| MARTINS Pedro Raphaël               | Cardiologie   |
| MATHIEU-SANQUER Romain              | Urologie  |
| MENARD Cédric                       | Immunologie   |
| MOREAU Caroline                     | Biochimie et biologie moléculaire                                   |
| MOUSSOUNI Fouzia                    | Informatique  |
| PANGAULT Céline                     | Hématologie; transfusion  |
| RENAUT Pierric<br>(MC associé - MG) | Médecine générale   |
| ROBERT Gabriel                      | Psychiatrie d'adultes; addictologie                                 |
| SAULEAU Paul                        | Physiologie   |
| SCHNELL Frédéric                    | Physiologie   |
| THEAUDIN Marie épouse SALIOU        | Neurologie  |
| TURLIN Bruno                        | Anatomie et cytologie pathologiques                                 |
| VERDIER Marie-Clémence<br>(Lorne)   | Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;<br>addictologie |
| ZIELINSKI Agata                     |   |

# REMERCIEMENTS

**Au professeur Jego**, pour les enseignements que vous m'avez apportés tout au long de mon cursus universitaire. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

**Au professeur Desrues**, pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver le témoignage de ma profonde gratitude.

**A Madame Zielinski**, pour avoir accepté de participer au jury et pour le regard extérieur que vous apportez sur le sujet. Recevez mes sincères remerciements.

**Au Docteur Renaut**, pour avoir su attiser ma curiosité en stage, pour ta bienveillance et ton soutien. Merci d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail.

**Aux maîtres de stage universitaire**, pour le temps que vous m'avez accordé pour répondre à mes questions. Je vous remercie pour votre engagement et votre précieuse contribution dans notre formation de médecin généraliste.

**A ma famille**, mes parents, mes grand-mères, à Thomas au plaisir de travailler avec toi en tant que futur collègue, à Romane pour ta bonne humeur, à Nathan en tant que parrain et pour ton humour incomparable. A ma mère, pour tes multiples relectures et ton soutien infailible, pour nous, pour Edgar et pour les moments à venir.

**A mes amis**, Anna et Charlotte pour vos lectures et vos corrections et toutes ces années d'études. A Marion, Bastien, Morgane, Marie, Marie-jo, Antoine, Hélène... pour votre amitiés.

**A tous les membres de ma belle famille**, quel bonheur de passer du temps à vos cotés.

**A Fantek**, pour avoir accepté de participer à l'élaboration de mon guide d'entretien et pour ton regard critique sur ma fiche de thèse.

**A Antoine**, pour tes corrections et ta traduction, pour ta patience et ton soutien tout du long de ce parcours. Merci pour tous ces voyages et pour ta présence au quotidien. A Edgar, ce petit bout de bonheur pour avoir contribué au prolongement de mes heureuses études.

**A mes futurs collègues**, c'est un plaisir de tourner cette page et de m'engager avec vous dans cette prochaine collaboration.

# TABLE DES MATIERES

|  |      |
|--|------|
| <b>RESUME</b> .....  | p 13 |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | p 14 |
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | p 15 |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b> .....   | p 17 |
| <b>1- Echantillon</b> .....  | p 17 |
| <b>2- Déroulement de l'étude</b> .....   | p 17 |
| <b>3- Codage et analyse des données</b> .....  | p 17 |
| <b>RESULTATS</b> .....   | p 19 |
| <b>1- Caractéristiques de la population étudiée</b> .....  | p 19 |
| <b>2- Représentations de leur rôle en tant que maître de stage universitaire</b> .....                 | p 19 |
| a- Transmettre .....   | p 19 |
| b- Leur positionnement dans l'apprentissage .....  | p 20 |
| c- Leur positionnement en tant que modèle de rôle .....  | p 22 |
| <b>3- Représentations de la compétence « relation, communication, approche centrée patient »</b> ..... | p 23 |
| a- Conception de la relation médecin-patient .....   | p 23 |
| b- Outils et habiletés en communication .....  | p 25 |
| c- Formation des maîtres de stage à la communication .....   | p 25 |
| <b>4- Méthodes pédagogiques utilisées</b> .....  | p 27 |
| a- Les bilans d'évaluation .....   | p 27 |
| b- L'exercice du modèle de rôle .....  | p 28 |
| c- La supervision directe .....  | p 28 |
| d- L'autonomie .....   | p 29 |

|   |      |
|---|------|
| e- Le débriefing et la rétroaction.....                           | p 29 |
| <b>DISCUSSION</b> .....   | p 32 |
| <b>1- Forces et limites de l'étude</b> .....                      | p 32 |
| <b>2- Discussion des principaux résultats</b> .....               | p 32 |
| Représentations de la relation médecin-patient.....               | p 32 |
| L'expertise pédagogique des MSU.....                              | p 35 |
| L'importance du modèle de rôle.....                               | p 36 |
| La pratique de la supervision.....                                | p 36 |
| Le jugement dans l'évaluation.....                                | p 37 |
| L'influence du curriculum caché sur la formation.....             | p 38 |
| <b>CONCLUSION</b> .....   | p 39 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....  | p 40 |
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....                               | p 44 |
| <b>ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN FINAL</b> .....                   | p 45 |
| <b>ANNEXE 2 : TABLEAU CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION</b> ..... | p 46 |

# RESUME

Objectifs: L'apprentissage de la compétence communication / relation médecin-patient est un défi majeur pour la formation des jeunes médecins généralistes. Le stage chez le praticien est un moment particulièrement adapté pour cet enseignement. L'objectif de cette étude est d'explorer comment les maîtres de stage universitaires perçoivent et investissent leur rôle dans l'enseignement de la relation médecin-patient.

Méthodes: une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 maîtres de stage universitaires (MSU) attachés au département de médecine générale de Rennes.

Résultats: Les MSU souhaitent avant tout transmettre leur enthousiasme pour leur métier et insistent sur l'importance du savoir-être avec le patient. Les médecins interrogés sont convaincus que la compétence relationnelle s'apprend. Certains d'entre eux se sont formés, mais pour beaucoup cette compétence s'est surtout développée grâce à la pratique. Il semble que le concept d'approche centrée sur le patient ne soit pas toujours bien maîtrisé. Il est souvent confondu avec une approche globale. Les médecins ne sont pas toujours à l'aise avec l'exercice de modèle de rôle qui reste souvent implicite. Ils ont parfois des difficultés à expliciter leurs savoirs acquis par l'expérience. Enfin la majorité adopte une approche centrée sur l'étudiant en valorisant les apprentissages et la pratique réflexive. Néanmoins, en étant perçue comme un jugement, l'évaluation est pour eux un rôle inconfortable. Certains MSU éprouvent des difficultés à évaluer leurs étudiants par crainte de porter un jugement subjectif sur la personnalité de l'interne.

Conclusion: Ce travail a permis d'identifier des éléments qui peuvent impacter l'enseignement de la relation médecin-patient en stage. La valorisation de la position d'apprentissage ou encore la pratique consciente du modèle de rôle sont des pistes pour améliorer l'enseignement des compétences relationnelles en formation initiale.

# ABSTRACT

Objectives: Teaching the doctor-patient relationship and communication competency is a major challenge for the training of young general practitioners. The family training course is a privileged step in teaching this skill. The aim of this study is to explore how internship supervisors perceive and invest their role in the teaching of the doctor-patient relationship.

Methods: a qualitative study by individual semi-structured interviews was carried out with fifteen internship supervisors, all members of the University of Rennes General Medicine Department.

Results: Above all, internship supervisors wish to share their enthusiasm for the profession and emphasize interpersonal skills. Interviewed physicians are convinced that the relational competency can be learned. Some of them were trained in this field but many consider that this skill is mainly developed through practising. In certain cases, the understanding of the patient-centred approach concept does not seem clear. This concept is often conflated with a biopsychosocial approach. Physicians might feel uncomfortable with the role model practice, which is often implicit. They sometimes have difficulties with explicating experience-based knowledge. Finally, most of them adopt a student-centred approach by valuing both students' learning and reflective practice. Nevertheless, being often perceived as judgemental, assessing is an unsettling role for supervisors. Indeed, some of them struggle with the evaluation of their resident for fear of making a subjective judgement of his or her personality.

Conclusion: This study allowed to identify the elements impacting the teaching of the doctor-patient relationship to the resident. Accentuating the "learning position" or the conscious practice of role modelling can provide some inspiration for improving the teaching of interpersonal competencies during the initial training program.

# INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le rapport entre les médecins et les patients évolue. Les patients ont plus facilement accès à l'information. Ils se forgent leur propre opinion sur les maladies, les vaccins ou les médicaments notamment par leurs lectures sur internet. Ils souhaitent participer activement aux décisions médicales. Les qualités d'écoute, de respect et d'intégrité sont des caractéristiques qui définissent un "bon médecin" et que les patients recherchent (1).

Plusieurs travaux ont tenté de modéliser la relation médecin-patient pour mieux la décrire et la comprendre (2). A l'heure actuelle, l'enseignement du 2ème cycle des études médicales est organisé autour d'une conception biomédicale et mécanique du corps qui permet un raisonnement scientifique rigoureux. Ce modèle aborde le diagnostic selon un raisonnement hypothético-déductif qui constitue le fondement de l'enseignement de la médecine. Néanmoins, le patient n'est considéré que par sa maladie et peu de place est laissée aux émotions et aux ressentis. Ainsi, l'approche centrée patient (ACP) a progressivement été développée. Cette nouvelle conception de la relation soignant-soigné replace le patient au centre de l'entrevue médicale. Elle insiste sur l'importance d'explorer le vécu subjectif de la maladie (3)(4)(5)(6). Elle ouvre la perspective d'une approche négociée où les décisions médicales sont prises en tenant compte de l'agenda du patient et de celui du médecin.

De plus, plusieurs études ont montré qu'une relation positive permet une meilleure satisfaction du patient et du médecin, une diminution des plaintes, une meilleure adhésion au traitement, et donc de meilleurs résultats sur la santé (7)(8)(9). L'intérêt d'adopter une approche centrée patient est maintenant reconnu (10). Ce modèle d'entrevue s'intègre à la compétence « Approche centrée patient, relation communication » qui a été définie dans le référentiel métier du médecin généraliste (11). Pour favoriser le développement des compétences professionnelles, les départements de médecine générale (DMG) ont organisé le troisième cycle des études médicales selon une logique d'apprentissage par compétence (12). Ils accordent de plus en plus d'importance à l'enseignement de la communication et de la relation médecin-patient.

Cependant, l'acquisition de compétences telles que l'éthique, la communication, le travail collaboratif et le professionnalisme dépasse largement le cadre de l'enseignement « formel » ou « théorique ». Il se situe majoritairement dans les champs du curriculum informel et du curriculum caché. Ce dernier s'inscrit dans un processus de socialisation, il est enseigné involontairement et quotidiennement comme une coutume ou un rituel, influencé par l'environnement et les institutions organisationnelles. Son impact peut se révéler négatif. Il a par exemple été montré qu'au fil des années

les capacités d'empathie des étudiants diminuaient et que l'environnement dans lequel ils évoluaient favorisait l'émergence d'un certain cynisme (13)(14).

Le stage praticien de niveau 1, obligatoire, est l'un des premiers contacts avec la pratique de médecine générale ambulatoire. Il s'intègre en partie au curriculum informel de l'interne (15)(16)(17). C'est un moment essentiel qui permet l'acquisition des savoir-faire et savoir-être complexes grâce à la mise en situation authentique. En tant que maîtres de stage universitaires (MSU), les médecins tiennent une place de modèle pour les stagiaires. Par définition, un « modèle de rôle » est un médecin qui influence l'apprentissage des étudiants avec lesquels il entre en contact dans le contexte de sa pratique. Dans une étude qualitative récente, les enseignants ont déclaré que les compétences professionnelles étaient influencées par les attributs personnels, et que de fait elles étaient difficiles à enseigner selon des méthodes traditionnelles et plus facilement transmises par le phénomène de modèle de rôle (18).

Ils ont également exprimé des difficultés à expliquer leurs actions et savoirs sous-jacents. Ces difficultés sont en partie liées au fait que les concepts de la compétence communication / relation médecin-patient sont mal connus et que les médecins considèrent que l'expérience entre en jeu dans le processus de communication (19). Dans une thèse réalisée dans le Morbihan, les médecins interrogés pensent également que l'expérience tient une place importante dans l'apprentissage de la communication (20). Cependant, il est maintenant admis que les habiletés en communication s'enseignent et peuvent être apprises (21)(22)(23).

Au DMG de Rennes, il existe encore peu d'enseignements théoriques dédiés à la compétence communication / relation médecin-patient. L'apprentissage de l'approche centrée patient se situe essentiellement dans le champ de l'enseignement clinique à travers le phénomène implicite du modèle de rôle et la supervision clinique.

Peu d'études ont exploré la perception qu'ont les MSU de la transmission de leur capacité à communiquer efficacement avec leur patient. Pour explorer ce phénomène, il a été décidé de mener une étude qualitative auprès des maîtres de stage accueillant des internes en stage praticien de niveau 1. L'objectif principal de ce travail est d'explorer comment les maîtres de stage universitaire perçoivent et investissent leur rôle dans l'enseignement de la communication et de la relation médecin-patient.

# MATERIEL ET METHODE

## **1- Echantillon**

La population étudiée était constituée de maîtres de stage universitaire accueillant des internes en stage praticien de niveau I. Le recrutement a été effectué sur la base du volontariat. Un courriel a été envoyé à tous les maîtres de stage universitaire attachés au DMG de Rennes. Les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont été sélectionnés par l'investigateur (médecin généraliste remplaçant) en fonction du sexe, de la zone géographique et du milieu d'exercice (urbain, semi-rural et rural). Ils ont été recrutés au fur et à mesure du déroulement de l'étude pour permettre une variation maximale et dans l'objectif d'obtenir la saturation des données. La date et le lieu des entretiens étaient fixés par courriel ou par contact téléphonique selon la convenance du médecin. Les participants ont été informés du caractère anonyme des entretiens et ont donné leur consentement oral à l'enregistrement et l'utilisation des données pour l'étude.

## **2- Déroulement des entretiens**

Les entretiens individuels ont été menés de manière semi-structurée sur la période de juin à juillet 2016. Le guide d'entretien initial a été élaboré à partir des données de la littérature et d'entretiens exploratoires avec des maîtres de conférence universitaire (MCU) de Rennes. Le guide d'entretien final est présenté en annexe (Annexe 1). Un résumé du sujet de thèse et des objectifs a été exposé avant le début des entretiens. Les discours ont été enregistrés avec un iPhone 5S.

## **3- Codage et analyse des données**

Tous les verbatim ont été retranscrits manuellement dans le logiciel Word. Le codage s'est déroulé en plusieurs étapes (26). Un codage ouvert a été réalisé pour chaque entretien en même temps que le recueil des données. Il a permis de synthétiser les données en unités de signification. Les codes issus des premiers entretiens ont été regroupés par thème sous la forme d'un tableau à partir des concepts identifiés, des questions du guide d'entretien et des théories issues de la littérature. Cette première étape de l'analyse a permis d'identifier les thèmes généraux du travail de recherche et de faire évoluer le guide d'entretien afin de le rendre plus fluide et intuitif. Ainsi, les derniers entretiens ont pu être réalisés de manière plus ouverte et les relances ont permis d'appuyer sur des thèmes peu développés dans les entretiens précédents.

Une deuxième lecture approfondie des verbatim a permis de vérifier les premiers codages ouverts. Ils ont été analysés de manière inductive selon les principes de la théorisation ancrée, en faisant abstraction des connaissances issues de la littérature. Ces unités de sens ont ainsi été regroupées en sous-catégories à l'aide de cartes conceptuelles. Les grandes catégories ont ensuite été déterminées à partir de l'analyse des cartes conceptuelles et en lien avec les théories existantes sur le sujet.

Enfin, trois entretiens ont été codés par un deuxième chercheur en médecine générale afin de confirmer la catégorisation des thèmes.

# RESULTATS

## **1- Caractéristiques de la population étudiée**

Plusieurs médecins se sont portés volontaires pour participer à l'étude. La population était composée de sept femmes et huit hommes, âgés de 39 à 64 ans (moyenne de 53 ans). Six d'entre eux exercent en milieu urbain, cinq en milieu rural, et quatre en milieu semi-rural. Onze praticiens sont installés en Ille-et-Vilaine et quatre dans le Morbihan. Quatorze entretiens ont été réalisés sur leur lieu d'exercice et un dans les locaux du DMG. La durée moyenne des entretiens est de 45 minutes. Les caractéristiques de la population sont résumées dans le Tableau 1 (Annexe 2).

## **2- Représentations de leur rôle en tant que maître de stage universitaire**

### **a- Transmettre**

Lorsqu'on interroge les médecins sur ce qui leur semble important de transmettre à leurs internes, la majorité répondent qu'ils veulent faire découvrir leur métier : une médecine ambulatoire différente de celle pratiquée à l'hôpital. Ils souhaitent transmettre l'enthousiasme qu'ils ont à exercer, et parlent volontiers de passion, d'une grande richesse humaine, d'un métier fantastique ou même du plus beau métier du monde. E1 « C'est une chance incroyable d'avoir ça comme métier ».

Les MSU sont des médecins engagés qui se sentent investis d'une mission. Leur vision du métier est avant tout personnelle. Ils veulent le valoriser et transmettre une image positive pour donner envie de s'installer « *J'aurais aimé lui donner envie de faire ça* » E1. Ils parlent aussi de dédramatiser et de défendre leur métier des idées négatives qui peuvent être véhiculées par les médias, les spécialistes ou les médecins généralistes eux-mêmes « *C'est plutôt l'image de quelqu'un qui est bien dans son boulot (...) entre les impôts, la sécu, les trucs, ils se plaignent quand même beaucoup nos confrères* » E13. On dénote chez quelques médecins un certain pessimisme sur l'avenir de la médecine générale. Un médecin déplore le manque d'implication personnelle des internes dans leur formation et dans leur exercice futur « *Je suis quand même un petit peu déçue (...) on est un peu interrogatif sur l'avenir, (...) sur la disponibilité des jeunes médecins au travail* » E15. Si un médecin reconnaît la nécessité de faire évoluer la place du médecin dans la décision médicale avec l'accroissement des connaissances des malades, un autre est affecté par l'exigence de ces patients demandeurs « *Avec les jeunes générations, il y a une demande de plus en plus, (...) Le médecin et le pharmacien sont des emmerdeurs par rapport à une certaine demande... Ma radio, Mon kiné...* » E1.

Tous les médecins reconnaissent que les internes ont de nombreuses connaissances techniques et théoriques dans le domaine médical. Ce qu'ils souhaitent surtout leur transmettre c'est un professionnalisme, un savoir-faire. Pour eux, ce qui est important c'est de savoir « être » avec le patient. La relation médecin-patient a ses spécificités en médecine générale. Elle s'inscrit, dans le cadre d'une prise en charge globale, dans le temps et dans la durée, où l'on suit des générations qui se succèdent « *Une médecine de famille, ses enfants, ses petits-enfants, euh, ses satisfactions, ses désespoirs* » E11.

Enfin, un médecin pense que les internes en stage praticien sont influencés par leur formation et il semble difficile de transmettre une nouvelle façon de concevoir le métier « *Il faudrait d'autres stages et plus tôt, ... pour pouvoir prétendre à un modèle de rôle. Le modèle de la fac est tellement impactant ...* » E15.

### **b- Leur positionnement dans l'apprentissage**

Leurs conceptions de l'enseignement et de leurs rôles pédagogiques sont multiples. Plusieurs MSU souhaitent adopter une position d'accompagnant et de soutien. Ils veulent que les stagiaires s'approprient le savoir « *L'intérêt (...) que je vois à être maître de stage, c'est plus (...) pour aider à mettre le pied à l'étrier* » E2. La plupart les encourage à adopter une pratique réflexive et à développer leurs propres compétences.

La personnalité de l'interne a été évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens, tous disent s'adapter à l'interne « *c'est plutôt en fonction de la personnalité de l'interne. J'essaie de comprendre comment il fonctionne avec le patient et à quel niveau je peux lui apporter une aide à la communication* » E15. Concernant les compétences relationnelles, certains insistent sur le fait qu'elles ne s'imposent pas. L'apprentissage dépend surtout de la volonté d'apprendre du stagiaire, et de sa curiosité pour les relations humaines. Leur objectif est alors de proposer et de sensibiliser à la communication et à la relation.

En outre, une partie des MSU souligne l'importance de s'approprier et de créer un climat de confiance avec l'interne pour échanger sur une problématique relationnelle. Ils parlent d'affinité, de relation de « complicité » ou « d'intimité ». On retrouve dans leur discours une posture d'écoute empathique compréhensive « *Et d'ailleurs (...) on la sentait pas bien en consult, tu la sentais euh, elle était pas prête quoi* » E2. Ils valorisent leurs internes, les rassurent et les encouragent. Quelques uns comparent la relation qu'ils entretiennent avec leurs internes à la relation médecin-patient « *Pour le coup je pense qu'il faut être avec l'interne comme on peut l'être avec les patients, (...) il faut être dans l'écoute, dans le respect, 'fin voilà connaître son appréciation des choses avant d'aller porter un*

*jugement quoi» E8. Un MSU adopte presque une posture de thérapeute en poussant l'interne à réfléchir sur sa relation aux autres et à reconnaître ses limites relationnelles. Un autre considère que ce n'est pas au maître de stage de résoudre les problèmes d'anxiété de l'interne «... comment on pouvait l'aider au maximum à tirer bénéfice et puis peut être inciter aussi à se faire aider, mais ça c'est un autre problème hein, c'est pas notre rôle » E6.*

Par ailleurs, plusieurs reconnaissent l'expérience de l'interne et acceptent ses savoirs antérieurs qui peuvent être différents des leurs. Ils souhaitent partir des besoins et des manques de l'interne pour enseigner. Cependant il arrive que le désir de transmettre un savoir acquis par expérience et qui leur a manqué en début d'exercice soit fort et décentre un peu l'intention pédagogique des besoins ressentis du stagiaire « *Bah si on a pu faire passer le message, pour faire comprendre les choses, on est très content, c'est notre boulot hein » E6.* Il semble parfois difficile d'intégrer l'expérience professionnelle de l'interne « *Je sais pas pourquoi, peut être parce que c'est des internes, elles veulent être en autonomie tout de suite, ou prescrire (...). Alors que l'externe finalement elle sait déjà que, son stage ça s'arrête, avant la prescription... » E9.*

Sur leur rôle de pédagogue, la plupart des MSU aiment transmettre et considèrent cette expérience comme un enrichissement personnel. Ils conçoivent surtout leur enseignement comme un échange de savoirs et de connaissances qui est profitable aux deux parties. Le regard que peut porter l'interne sur leur pratique les pousse à la réflexion, les oblige à justifier leurs décisions et leur permet d'approfondir leur expertise clinique.

Dans leur rapport avec l'interne, ils souhaitent avant tout se positionner comme des collègues, dans une relation égalitaire et non hiérarchique. Pourtant, ils gardent la responsabilité de la prise en charge de leurs patients, et ont conscience de l'importance de s'affirmer, d'imposer un cadre, et d'adopter parfois une posture autoritaire « *je veux pas avoir un rapport de sachant à celui qui doit apprendre (...) puisque je dois évaluer (...) c'est pas le même rapport, bien entendu, (...) et c'est important le terme évaluation, parce que pour moi l'évaluation n'est pas une sanction » E10.* De même, ils ont un rôle inévitable d'évaluateur, et doivent donner leur avis sur la validation du stage. Si pour certains ce rôle est évident, pour d'autres il est désagréable. Certains le refusent complètement, ils ont l'impression que ce serait porter un jugement sur la personnalité de l'interne. Ils considèrent qu'à partir du moment où ils ont confié leurs patients à l'interne ils n'ont pas de raison de l'invalidier.

Enfin sur leur formation pédagogique, tous les maîtres de stage sauf un ont participé à au moins un séminaire obligatoire sur l'accueil des internes en stage et la supervision. Ceux intéressés par la pédagogie continuent de se former régulièrement et en profitent pour échanger avec les autres maîtres de stage. Un médecin indique que les jeux de rôles en formation lui ont permis d'acquérir la capacité de faire en s'observant. Plusieurs MSU constatent que leur expertise pédagogique s'améliore

avec la pratique. Toutefois, les MSU regrettent le manque de retour critique des internes sur le stage. Ils ne peuvent pas progresser. Un MSU attribue le manque de franchise des internes à un manque de maturité « *le retour des internes, il pourrait y avoir... mais c'est tabou, vous savez, (...) c'est un petit jeu, (...) sauf que le jeu, on a envie de dire que...à votre âge euh...* » E15. Néanmoins, certains sont suffisamment à l'écoute pour entendre les remarques discrètes et les suggestions des internes. Un médecin s'inspire du mémoire de stage praticien pour comprendre ce qu'a pu retenir l'interne de son stage.

### **c- Leur positionnement en tant que modèle de rôle**

Quand on leur pose la question : « que signifie pour vous être un modèle de rôle ? » La majorité répond qu'ils ne connaissent pas cette notion pédagogique.

Plusieurs MSU refusent de se positionner comme modèle car ils ne veulent pas être mimés ou copiés. Un maître de stage se méfie de l'effet caméléon « *On a un petit peu tendance à faire comme eux et d'ailleurs on peut être mal parce qu'on n'a pas du tout envie de faire comme eux, parce qu'on n'est pas d'accord* » E15. D'autres craignent d'adopter cette position de modèle car elle sous entend d'être exemplaire et ils ne se sentent pas capables d'assumer ce rôle. Ils remettent en question leurs compétences, et ne se considèrent pas à la hauteur de la tâche. D'ailleurs, plusieurs rapportent des difficultés en début d'exercice. Le regard d'un tiers expérimenté qui porte un jugement sur leur pratique provoque parfois un sentiment de honte et une anxiété qui peut être intense « *Ah ouais les premiers mois, j'ai perdu 4 kilos quand même, tellement je stressais.* » E14. Néanmoins, la peur d'être jugé est surtout ressentie en début d'exercice et tous l'ont dépassée avec le temps en prenant du recul et en s'affirmant « *(...) Parce que nous aussi on est jugé, (...) Quand l'interne nous dit : Tu ne penses pas que...? Là tu te dis : Merde, c'est vrai (...). Bon ben après il faut passer au dessus hein.* » E14. Certains médecins disent même qu'ils en tirent une satisfaction personnelle et se réjouissent de voir un interne s'épanouir dans son exercice.

Quand ils évoquent un modèle de rôle, ils ont parfois l'image de quelqu'un qui peut-être perçu comme un « héros » aussi bien que comme un « mandarin autoritaire ». C'est pour eux une forte personnalité qui dégage une aura autour d'elle. Plusieurs participants ont décrit des médecins qui les ont influencés dans leur parcours de formation. Certains rapportent des comportements qu'ils ne souhaitent pas adopter, mais d'autres ont reconnu chez des médecins des qualités humaines admirables qui leur ont enseignées des valeurs comme l'empathie ou le respect de la dignité. Ces médecins étaient capables de reconnaître leurs faiblesses et ils admirent cette humilité.

Si pour une partie des médecins le statut de « modèle » ne convient pas, pour d'autres cet exercice ne pose pas de difficultés. C'est leur rôle de montrer une façon de faire ou une façon d'être. Ils se positionnent en exemple, en support critique qui peut servir de référence pour que l'interne construise sa propre expertise. Certains ne craignent pas d'exposer leurs faiblesses et leurs difficultés car ce qu'ils souhaitent transmettre avant tout c'est de savoir quand on ne sait pas « *On ne peut pas être expert en tout. On a beau se former, on ne peut pas non plus tout savoir* » E3.

Enfin, plusieurs maîtres de stage répondent qu'ils ne savent pas quelle image ils ont pu transmettre aux internes. Ils préfèrent ne pas y penser car ils ont conscience que l'influence du modèle rôle est implicite et n'est pas contrôlable « *on sème et on contre-sème aussi* » E15. Ainsi, ils insistent tous sur l'importance d'être exposé à plusieurs modèles pour parfaire sa formation.

### **3- Représentations de la compétence “relation, communication, approche centrée patient”**

#### **a- Conception de la relation médecin-patient**

L'analyse transversale des verbatim a permis de mettre en évidence différentes conceptions de la relation médecin-patient. Pour tous, elle se définit d'abord comme une relation de soins qui a pour objectif d'améliorer la santé du patient. Ils souhaitent lui apporter du soutien, ils parlent de « rassurer », « apaiser » ou « rendre service aux gens ». Une bonne relation ou communication médecin-patient a une fonction thérapeutique en elle même. Pour autant, ils la distinguent d'une activité de psychothérapie : deux médecins ont une activité de psychothérapeute, d'autres pratiquent l'hypnose.

Plusieurs médecins relèvent l'importance de la qualité de la relation. Ils souhaitent entretenir des relations honnêtes et sincères et partager toutes les informations les concernant avec leurs patients. Si une partie des médecins n'hésite pas à exposer leurs doutes et leurs sentiments, un participant considère qu'il risquerait de perdre la confiance des patients s'il montrait ses hésitations et ses faiblesses. De nombreux MSU considèrent que la confiance du patient se gagne. Elle se travaille et peut être améliorée « *ça permet de renforcer la relation de confiance que le patient va mettre dans le médecin : Il m'a même pas pris la tension, donc ça c'est zéro quoi* » E8. Pour un participant, cette relation se construit essentiellement dans le temps et dépend surtout de la confiance que le patient veut bien lui accorder.

L'écoute du patient a été citée à plusieurs reprises. La consultation est considérée comme un espace, un temps de communication. Il est important de prendre le temps d'écouter les motifs de consultation, de repérer la demande non avouée et d'être attentif aux remarques pouvant faire

bifurquer le « chemin de la consultation ». Une partie cherche à recueillir les représentations du patient pour comprendre son raisonnement. Tous recommandent de laisser parler le patient en adoptant une attitude ouverte, cependant on retrouve dans deux entretiens ce terme « interrogatoire » qui laisse penser que l'entretien est dirigé par le médecin « *Savoir faire un bon interrogatoire, mais enfin mais bon ça c'est les bases hein* » E6.

Pour tous les médecins, l'objectif de la consultation est de parvenir à une décision partagée, une alliance thérapeutique. La compréhension de ce concept est différente d'un médecin à l'autre. Par décision partagée, certains entendent que le patient partage leurs décisions « *Toujours... communiquer avec les patients, c'est-à-dire essayer d'avoir, l'aval, l'accord du patient* » E2. La décision est prise dans l'intérêt du patient par le médecin. Les compétences en communication sont alors mises au service d'une argumentation dans l'objectif de convaincre. Ils prennent le temps d'informer et d'expliquer la prise en charge pour démontrer l'intérêt de prendre un traitement ou de modifier un comportement. Ils se positionnent en expert détenteur d'un savoir et adoptent malgré eux un comportement paternaliste « *il y a la négociation aussi avec le patient dans le sens, ou il faut qu'il comprenne bien pourquoi c'est important et qu'il va le prendre* » E6. D'autres médecins adoptent une posture plus centrée sur le patient. Pour prendre la décision, il faut avant tout partir du patient, de ses besoins et de ses attentes. La décision est alors prise dans le cadre d'une négociation de conduites à tenir et qui doit aboutir à une solution acceptable pour les deux parties. Un médecin parle de « consensus décisionnel ». Les opinions du patient sont accueillies sans jugement. Le médecin peut parfois accepter de céder pour permettre aux patients d'évoluer sur la perception de sa santé ou des traitements. « *Je vais peut être lui en prescrire ce jour-là parce que ça me permettra de mieux justifier que je n'en prescris pas la fois d'après* » E5 (sur la prescription d'antibiotiques).

Plusieurs médecins disent faire de la pédagogie avec leurs patients. Ils souhaitent leur enseigner les connaissances nécessaires à la bonne compréhension de leur maladie pour les aider à l'accepter ou les inciter à s'investir dans la prise de décisions thérapeutiques. Plusieurs critiquent toutefois l'éducation thérapeutique telle qu'elle est pratiquée dans certains services hospitaliers. Ils ont l'impression que le patient est infantilisé et que les conseils et recommandations donnés ne sont pas adaptés à la réalité du patient « *Y a cette fameuse éducation thérapeutique que je dénonce parce que personnellement je pense qu'on n'éduque pas quelqu'un.* » E15.

Enfin, plusieurs souhaitent transmettre leur conception de la relation médecin-patient aux internes. Ils jugent souvent le discours des internes trop directif « *un discours assez professoral* » E8. Leur formation hospitalière est centrée sur la maladie et l'entrevue médicale est plutôt menée selon un modèle biomédical. Ils critiquent le comportement paternaliste de certains internes et suggèrent d'approfondir les enseignements sur la communication en formation initiale. Certains reconnaissent

tout de même que les internes sont empathiques et sensibles aux aspects relationnels de la profession. Un médecin reconnaît la difficulté d'adopter une approche centrée patient en étant ouvert aux explications des patients tout en conservant un raisonnement scientifique strict « *c'est vrai que c'est pas forcément facile de raisonner de manière logique, rationnelle tout en ayant une grande empathie et une écoute.* » E9.

### **b- Outils et habiletés en communication**

Leurs savoirs déclaratifs sur les habiletés communicationnelles sont divers et non structurés. Certains médecins ont des difficultés à expliquer les mécanismes impliqués dans la communication professionnelle. La compréhension de concepts comme l'empathie est parfois incertaine. D'autres citent des outils de communication. Les habiletés relationnelles passent par l'adoption d'attitude empathique, ouverte, et d'un positionnement respectueux, de non-jugement et de considération positive. Sans être citée directement, la notion de congruence est également retrouvée dans les verbatim « *si t'es pas bien avec ce que tu dis ou ce que tu fais de toutes façons ça se ressent* » E2. Adopter une attitude professionnelle et un savoir-être, c'est aussi bien porter attention à son image et son apparence physique que d'avoir conscience de sa communication verbale et non-verbale. Certains repèrent les émotions du patient en écoutant et en observant les indices verbaux et non verbaux. D'autres insistent sur l'importance d'adopter un langage partagé et de vérifier la bonne compréhension mutuelle. Un MSU cite l'utilisation de schémas pour appuyer ses explications.

Des habiletés techniques sont décrites: l'utilisation appropriée des questions ouvertes ou fermées, le respect des silences, l'utilisation de facilitateurs, de reformulations, et de résumés synthétiques. Structurer l'entretien permet de rythmer la consultation, et de distinguer différentes étapes comme l'accueil, le recueil d'information, le temps d'explication et de prise de décision puis le temps de conclusion. Enfin, ils nomment les techniques d'écoute active, d'entretien motivationnel, et d'éducation thérapeutique.

### **c- Formation des maîtres de stage à la communication**

Les médecins sont quasiment unanimes sur le fait que la compétence « relation, communication, approche centrée patient » s'apprend. Ils ont du mal à préciser de quelle manière ils ont acquis cette capacité. La compétence s'apprend selon eux de façon théorique mais surtout par la pratique. Ils pensent que les qualités personnelles innées, et naturelles du médecin tiennent une place importante dans les relations interpersonnelles « *Un espèce de de feeling... on lui a pas appris je pense, que c'est naturel chez lui.* » E7.

Si pour la majorité des médecins interrogés, il existe un intérêt profond et souvent ancien pour les relations humaines, un autre explique que ça ne l'intéresse pas spécialement « *C'est important ! Après euh... pfff... comment dire ? ...on ne peut pas traiter tous les patients...* » E3. Ils ont pour la plupart appris de manière empirique, « sur le tas », avec l'expérience, par le retour des patients, en s'inspirant de lectures et de réflexions personnelles « *... en m'inspirant des multiples sources qui m'ont irriguées au cours de ces 10 années j'ai créé une manière de communiquer, qui en fait est celle qui est formalisée dans ce bouquin là donc c'est assez rassurant* » E9.

Quelques-uns racontent une expérience avec un maître de stage qui a joué un rôle de modèle ou d'anti-modèle, ce qui les a fait réfléchir sur leur manière d'interagir avec leur patient. Leur démarche s'inscrit dans un parcours de formation professionnel qui les a amené à s'interroger sur les enjeux de la relation dans le soin. Des médecins ont approfondi leur compétence en se formant à des techniques de psychothérapie ou d'hypnose. D'autres ont participé à des séminaires sur l'éducation thérapeutique ou l'entretien motivationnel. Pour certains, le fait d'être formateur permet d'améliorer leurs compétences en communication. Enfin, une partie des médecins interviewés participe ou a participé à des groupes Balint.

Plusieurs s'accordent sur le fait que l'apprentissage de la compétence relationnelle est avant tout une démarche personnelle. Il s'agit d'un travail de connaissance de soi, d'introspection, d'exploration de son ressenti et de ses intuitions « *c'était quand même un introspection ... une observation métacognitive de ce qui se jouait dans une relation* » E8. Se former et explorer la relation médecin-patient leur permet d'enrichir leur pratique « *ça m'a apporté je pense de toujours aimer autant ce boulot qu'il y a 30 ans, ... de ne pas avoir de burn-out, comme on dit maintenant* » E13.

Enfin, quelques-uns émettent des réserves sur les formations aux « techniques » de communication. Ils craignent que la relation médecin-patient se réduise à la maîtrise d'un protocole impersonnel et dépourvu de sincérité « *Ca me gêne un peu, parce qu'on n'est plus dans la relation là, on est dans la communication... je ne pense pas qu'on puisse être communicant dans notre métier* » E13 (sur un enseignement en 2<sup>nd</sup> cycle). Ils redoutent que ces formations servent à manipuler les patients. Même si c'est dans l'intérêt des personnes, ils se méfient d'une utilisation orientée vers les objectifs du médecin. Certains ont pris connaissance de ces outils mais ne souhaitent pas les utiliser.

## 4- Méthodes et moyens pédagogiques utilisés

Les MSU ont des difficultés à définir les caractéristiques de la compétence relation / communication. De fait plusieurs répondent également qu'ils ne savent pas non plus comment ils la transmettent et certains doutent de pouvoir réellement l'enseigner. Différents moyens pédagogiques spécifiques à l'enseignement clinique sont utilisés. Le temps consacré aux trois différentes phases du stage est variable d'un MSU à l'autre. Les phases s'alternent parfois ou se confondent.

### a- Les bilans d'évaluation

Dans un premier temps, avant le début du stage, les praticiens se réunissent une première fois avec l'interne. Ce bilan d'évaluation permet d'organiser la répartition des semaines sur les différents lieux de stage. Celle-ci dépend surtout des disponibilités des maîtres de stage. Parfois l'ordre de passage de l'interne chez les différents médecins est défini en fonction du temps d'autonomie complète que veut bien laisser le maître de stage à l'interne. Cette première rencontre permet également de discuter du projet professionnel de l'interne et c'est aussi l'occasion d'évaluer les attentes en terme de formation en fonction des connaissances et de l'expérience de l'interne. Ils définissent alors ensemble des objectifs d'apprentissage.

Ensuite, en raison d'un manque de temps et de problèmes d'organisation, le bilan de mi-stage n'est pas souvent réalisé. Pourtant un médecin considère que ce temps de concertation permet d'évaluer la progression de l'interne et de redéfinir des objectifs.

Pour conclure le stage, le dernier bilan d'évaluation concerne la validation. Cette décision est prise en concertation avec les autres MSU. Quelques uns utilisent la grille fournie dans le carnet de stage de l'interne. Pour la plupart, la validation est subjective et dépend surtout du sentiment de confiance du MSU dans les capacités de l'interne à pouvoir consulter seul et à pouvoir prendre des décisions en situation d'incertitude. L'aptitude à créer un lien avec le patient est parfois considérée comme un critère dans l'évaluation finale. Le bilan de fin de stage se déroule souvent dans un cadre informel, au restaurant, en présence de l'interne qui va prendre le relais.

Enfin, ces temps d'évaluation sont souvent les seuls moments où les maîtres de stage se rencontrent. En effet, lorsque l'interne ne pose pas de difficultés, les maîtres de stages échangent peu entre eux et plusieurs le regrettent. Ils sont assez isolés et leurs pratiques pédagogiques sont parfois trop éloignées d'après eux. Plusieurs suggèrent des rencontres entre maîtres de stage plus fréquentes ou encore une obligation de formation pédagogique continue pour harmoniser les pratiques et apporter

un enseignement cohérent au stagiaire. Cependant le manque de temps est souvent cité comme un obstacle à la mise en place de ces rencontres.

### **b- L'exercice du modèle de rôle**

La première phase dite d'observation permet à l'interne d'appivoiser l'environnement de travail et de prendre ses marques « *on se dit : le maître de stage il a l'air sympa, mais en fait on ne se connaît pas beaucoup donc il faut s'appivoiser aussi* » E5. Elle est appliquée de manière plus ou moins formelle. Certains MSU ont l'impression que l'interne s'ennuie en observant sans être actif. Pour d'autre au contraire, ce temps permet à l'interne d'apprendre à observer. Quelques MSU prescrivent des tâches d'observation ou demandent au stagiaire de décrire les différentes phases de l'entretien. D'autres évaluent comment l'interne a perçu l'entretien avant d'apporter leur rétroaction.

Pendant cette période, les MSU se servent du « modèle de rôle » pour montrer une façon de travailler et une façon d'être avec les patients. Ils souhaitent montrer un exercice authentique tel qu'ils le pratiquent dans la réalité. Pour un médecin, c'est l'occasion de se mettre en scène et d'appuyer sur les éléments de communication « *je vais dire par exemple : J'ai bien entendu ce que vous m'avez dit. (...), c'est ce que je ne vais pas faire si l'étudiant n'est pas là.* » E10. S'ils savent se servir de leurs savoir-faire, plusieurs ne savent pas comment les expliquer aux internes. Ils aimeraient que l'interne adopte leurs attitudes et leur façon de faire en consultation un peu par mimétisme. Ils parlent parfois « d'imbibition ». Certains sont cependant capables de faire remarquer les outils en communication qu'ils ont utilisés pendant leur consultation. Leurs connaissances théoriques acquises par des lectures ou des formations sur la communication les aident à verbaliser les concepts.

### **c- La supervision directe**

Pour plusieurs MSU, la supervision directe est le temps le plus important dans le stage. Pour évaluer comment l'interne entre en relation, certains observent spécifiquement des comportements comme son attitude non verbale ou encore sa capacité d'écoute « *(...) je peux voir aussi s'il réagit à certaines réactions des patients...* » E8. Quelques MSU prennent des notes pour pouvoir apporter une rétroaction précise à l'interne. En revanche, d'autres médecins abordent cette phase de manière plus globale sans réellement observer de point particulier quand l'interne mène la consultation « *Ce que je regarde c'est euh, pff je sais pas si je regarde quelque chose.* » E11. Un autre médecin ne souhaite ni porter de jugement ni donner de conseils « *ça ne m'arrive pas de dire : T'aurais dû faire ci, t'aurais du faire ça. Ça ça non. Il a mené sa consultation (...) et puis voilà. Après c'est plus pourquoi il l'a fait comme ça ? (...)* Que lui comprenne » E13.

Si pour certains, cette étape est essentielle pour la transmission de la compétence communicationnelle, il arrive qu'elle ne soit pas toujours respectée. Quelques MSU expliquent que les internes sont mal à l'aise et n'aiment pas être observés. Ils ont l'impression que l'interne se sent jugé et déstabilisé par leur présence. Pour d'autres, la difficulté réside dans le fait de rester en retrait pendant que l'interne mène sa consultation. Ils ne peuvent pas s'empêcher d'intervenir et ont du mal à lâcher prise. Ils préfèrent que l'interne et le MSU participent ensemble à la consultation de façon complémentaire.

#### **d- L'autonomie et la supervision indirecte**

Le passage en autonomie dépend en partie de l'interne mais aussi de la représentation que les praticiens se font des objectifs à atteindre à la fin du stage. La transition est souvent progressive, les MSU attendent de connaître l'interne avant de le laisser seul.

Les avis sur cette partie du stage sont partagés. Confier ses patients n'est pas toujours facile, les MSU ont besoin d'avoir confiance en l'interne. Certains se sentent en difficulté avec les internes qui ne posent pas de questions et qui donnent l'impression de savoir. Parfois, l'interne n'est presque pas laissé en autonomie. Les maîtres de stage considèrent que cette phase sera surtout développée en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) car il est compliqué de contrôler ce que fait l'interne « *...de temps en temps faire une consultation tout seul en attendant dehors, mais, voilà (...) la fin de la consultation, on refait tout* » E1. Certains MSU critiquent cette position, l'interne peut douter de ses capacités à travailler seul et perdre en assurance. D'autres à l'inverse mettent rapidement l'interne en autonomie. Pour eux l'interne a une expérience suffisante pour consulter seul. Ce passage permet à l'interne d'identifier rapidement ses manques et l'oblige à prendre des décisions en situation d'incertitude. Le MSU reste présent pour le soutenir dans ses décisions. Néanmoins, trop d'autonomie est parfois perçue comme un manque d'accompagnement du stagiaire.

#### **e- Le débriefing et la rétroaction**

Si tous les maîtres de stage font un débriefing avec leurs internes, le temps accordé à ce moment dépend de la charge de travail mais aussi de l'état de fatigue de l'interne ou du maître de stage. Le débriefing porte sur les difficultés ressenties par l'interne et sur celles perçues par le MSU. Il permet aussi de renforcer les points positifs et de valoriser les compétences de l'interne. Par peur de discréditer l'interne, la plupart du temps, le patient n'a pas sa place dans cet échange. Cependant il est parfois inclus et son avis sur la communication de l'interne est demandé « *Ils vont mettre en valeur, en*

*général ils ne disent pas que ça ne va pas, du coup ils renforcent un sentiment positif de l'interne » E15.*

Quand des aspects relationnels marquants sont notés au cours de l'entretien médical, le débriefing est souvent réalisé juste après la consultation. Ce moment permet de recueillir l'intuition de l'interne et du MSU sur ce qui s'est passé dans l'échange médecin-patient pour proposer une interprétation. Il n'existe pas de bon motif de consultation pour enseigner la relation. Un MSU pense que les motifs touchant à un problème psychologique ne sont pas forcément les plus pertinents pour discuter des aptitudes relationnelles. En effet, les internes adoptent spontanément une posture empathique et sont plus disposés à écouter le patient.

Après un temps d'échange sur la consultation, certains maîtres de stage donnent des conseils ou proposent parfois des phrases toutes faites qu'ils utilisent pour aider l'interne à se centrer sur le patient. D'autres transmettent des techniques de communications apprises. Enfin, un MSU donne des consignes à appliquer pendant la consultation et les fait répéter si elles ne sont pas acquises.

Pour faire un travail de décontextualisation, les praticiens incitent parfois l'interne à faire des recherches sur le sujet abordé et à lui faire un retour sur ses conclusions. Un maître de stage les encourage à rédiger des RSCA (Récits en situation clinique authentique) sur les cas discutés. Un autre médecin propose des pistes de formation à l'interne pour approfondir ses connaissances : des lectures, des cours théoriques donnés au DMG ou encore des stages d'observation à la régulation du centre 15.

Par ailleurs, l'absence d'observation de l'interne n'est pas toujours un obstacle pour enseigner la compétence relationnelle. Les médecins recherchent à partir des traces écrites, du retour des patients ou de leur histoire, jusqu'où l'interne a pu pousser son entretien et quelles informations il a pu obtenir sur la manière dont le patient vit sa maladie. Le débriefing permet de soulever des questionnements sur des aptitudes relationnelles et sur la nature de l'entrevue médicale. En faisant revivre les consultations en profondeur, ils poussent les internes à explorer leurs ressentis « *Par exemple la dernière elle a senti qu'elle a pas répondu aux questions du patient, alors je lui dit, c'est quoi? (...) Qu'est ce que t'as senti derrière?* » E7. Un maître de stage raconte qu'elle a utilisé une technique de jeux de rôle pour comprendre comment l'interne menait son entretien. La majorité reconnaît tout de même que c'est plus difficile de discuter de la relation qu'en supervision directe.

Pour terminer, les MSU font parfois des retours sur l'attitude ou le comportement de l'interne face au patient. Pour la plupart, ces remarques sont difficiles à faire, elles demandent beaucoup de bienveillance, de tact et d'empathie envers l'interne. Elles ne sont d'ailleurs pas toujours bien accueillies et peuvent être perçues comme intrusives. Les histoires de conflits avec les internes racontées par les maîtres de stage sont souvent chargées en émotions. En effet, ces commentaires ont

parfois entraîné une rupture. Dans certains cas, les MSU ont été déstabilisés et ont remis en question leurs qualités et leurs compétences pédagogiques « *ça m'a tellement déstabilisée que j'ai arrêté de prendre des élèves pendant un an* » E14. Néanmoins, le malaise a parfois été résolu après une discussion honnête et sincère, le maître de stage rappelant sa position d'aidant et de soutien dans l'apprentissage « *C'était bien parce que (...) c'était un peu difficile de lui en parler et puis elle était en souffrance je pense, elle était pas à l'aise* » E12.

# DISCUSSION

## **1- Forces et limites de l'étude**

L'objectif étant d'explorer la perception des maîtres de stage, le choix de la méthode qualitative était particulièrement approprié pour répondre à la question de l'étude (24)(25)(26)(27). Le nombre de médecins qui se sont portés volontaires spontanément pour participer à l'étude témoigne d'un intérêt profond pour le sujet. Les caractéristiques de la population étudiée correspondent aux critères de variation maximale recherchés dans les études qualitatives. Le regard d'un second chercheur sur la catégorisation et l'utilisation de deux méthodes de codage a permis de renforcer la validité interne de l'étude.

Néanmoins, plusieurs limites sont à relever. Tout d'abord, il existe un biais de sélection. Le recrutement a été réalisé sur la base du volontariat en exposant le sujet de l'étude. Ainsi, on peut supposer que les maîtres de stage qui ont répondu favorablement s'intéressent particulièrement à la transmission de la compétence relationnelle. Toutefois un médecin a répondu qu'il n'accordait pas d'importance majeure à l'apprentissage de la communication. On peut également noter un biais d'intervention. L'enquêtrice est une jeune médecin généraliste remplaçante qui connaît bien le sujet. Les médecins pouvaient l'identifier aux internes en stage ou à un confrère. Ils pouvaient donc être tentés de répondre aux questions selon les normes apprises sur la maîtrise de stage ou sur les bonnes conduites à tenir avec les patients. Le recueil des formations des médecins a été approximatif du fait de difficultés de mémorisation. Enfin, les entretiens ont été menés jusqu'à satisfaction des données sans pouvoir attester la saturation des données.

## **2- Discussion des principaux résultats**

### **Représentations de la relation médecin-patient**

En tant que maître de stage universitaire, les médecins endossent plusieurs rôles : celui de médecin généraliste expérimenté, capable de mobiliser un ensemble de compétences transversales et celui d'enseignant responsable de la transmission des savoirs aux futurs médecins.

Ce que souhaitent avant tout transmettre les médecins, c'est une vision de la médecine ambulatoire qui s'inscrit dans une prise en charge globale du patient. Les médecins de l'étude sont particulièrement attentifs à la relation médecin-patient qui représente une des compétences fondamentales du métier de médecin généraliste.

Les médecins interrogés ont évoqué la fonction thérapeutique que peut exercer une bonne relation médecin-patient. Plusieurs études ont en effet démontré l'efficacité de l'effet médecin. L'empathie, l'écoute attentive et la considération positive du patient ont été citées comme attitudes et habiletés relationnelles qui favorisent le soin (7).

Les médecins de l'étude ont parlé de sincérité et d'honnêteté dans leurs rapports avec leur patient. Ce sont des valeurs qui caractérisent un médecin digne de confiance. Sans être nommée, elle renvoie à la notion de congruence que C. Rogers a définie comme une des trois conditions propres au thérapeute et qui est essentielle à la construction de la relation d'aide (28)(4). Le médecin capable d'exprimer ouvertement ses sentiments témoigne de son authenticité, rassure et diminue la crainte d'être jugé, le patient peut alors parler librement. Cependant, un participant exprimait des craintes à exposer au patient ses doutes et ses hésitations. Le médecin considère ainsi qu'il doit montrer qu'il est solide et être infaillible dans son diagnostic pour gagner la confiance des patients. Cette attitude s'inscrit dans un modèle décisionnel paternaliste ancien, où le médecin en montrant son assurance rassure le patient qui pourrait alors, dans ce concept, suivre ses décisions en toute confiance.

Comme l'a justement décrit M. Balint le « remède médecin » permet d'une part de rassurer le patient mais également de lui apporter des conseils de prévention personnalisés et adaptés au mode de vie du patient (3). Les maîtres de stage comparent la relation médecin-patient à la relation pédagogique. Plusieurs médecins ont parlé d'éducation à la santé. Les programmes d'éducation thérapeutique sont nombreux et sont réalisés en ambulatoire ou au sein de services hospitaliers, de manière individuelle ou collective. Ceux-ci sont particulièrement adaptés aux patients atteints de maladies chroniques. Le terme « éducation » a été critiqué par certains médecins de l'étude. Il renvoie à une démarche d'information qui imposerait des conseils aux patients sans tenir compte de son mode de vie et de son vécu de la maladie.

Plusieurs travaux sont actuellement en cours pour déterminer les étapes du développement des compétences transversales du médecin généraliste. Des niveaux de compétences de novice à expert regroupent des aptitudes décrites à chaque étape (29). Concernant la compétence « relation communication approche centrée patient », l'interne compétent doit être capable de mener en autonomie un entretien centré sur le patient et de réfléchir à sa capacité communicationnelle. La démarche clinique de l'approche centrée patient (ACP) est maintenant bien définie et son efficacité est reconnue (10). Elle intègre à la fois les perspectives du médecin et celles du patient. Elle s'articule autour de 6 composantes décrites par M. Stewart and al. (5). L'entretien a alors pour objectif de répondre à des questions permettant de se centrer sur la compréhension du patient et sur ses attentes concernant le médecin ou les soins (30).

Un des résultats principaux de l'étude est que les médecins ont des représentations différentes de la relation médecin-patient. Les notions de décision partagée, d'alliance thérapeutique sont décrites mais leurs interprétations sont variées. Quelques médecins ont pu décrire des habiletés propres à l'ACP mais ce modèle est souvent confondu avec un modèle biopsychosocial où le patient est pris en charge dans sa globalité mais ses représentations et ses émotions sont peu explorées et n'ont qu'une place minimale dans la décision thérapeutique. Malgré une attitude empathique et compréhensive, le médecin garde la responsabilité de la décision et recherche l'adhésion du patient. Le changement de position dans la relation qu'impose l'ACP est parfois difficile à accepter. En effet, les médecins doivent céder en partie leur place au patient dans l'interprétation du diagnostic et dans la décision thérapeutique. Ils doivent être capables d'entendre et d'intégrer les convictions personnelles du patient qui peuvent être différentes des leurs.

Par ailleurs, les maîtres de stage de l'étude ont également relevé que les internes en début de stage posent des questions fermées et adoptent parfois un comportement directif paternaliste. Ils attribuent cette posture à la formation initiale qui est principalement centrée sur le diagnostic de la maladie organique. Même si l'expérience des MSU a permis d'assouplir leur façon de mener l'entrevue médicale, ils n'ont pas tous conscience de l'influence que leur formation exerce encore sur leurs décisions. La « négociation » semble parfois orientée vers l'acceptation de la décision initiale du médecin. Ces résultats concordent avec ceux d'une thèse qualitative qui avait pour objectif de décrire le niveau « compétent » de la compétence communication-relation à partir du discours d'interne en fin de cursus. De la même manière, les internes avaient des difficultés à explorer les réactions, les craintes et les attentes du patient (31).

Ainsi, ce travail permet d'élaborer l'hypothèse qu'il existe une confusion entre l'approche centrée patient et l'approche globale qui intègre l'aspect psychosocial et environnemental autour du patient.

Enfin, les praticiens de l'étude s'accordent à dire que la compétence communication / relation médecin-patient s'apprend grâce à la théorie mais se développe surtout grâce à la pratique. La démarche de formation provient surtout d'un désir personnel d'approfondissement et d'une réflexion sur leur pratique. Les habiletés acquises sont citées de manières disparates et sont parfois difficiles à nommer. Des études ont pourtant démontré l'intérêt d'une formation à la communication (32)(9).

Certains médecins de l'étude expliquent leur scepticisme sur les formations aux techniques de communication car ils craignent que ces dernières s'apparentent à de la manipulation. En effet, un apprentissage efficace de la communication ne peut pas se limiter à l'application de méthodes. La relation médecin-patient est avant tout une relation interpersonnelle qui est influencée par la

personnalité, les croyances et l'histoire de chacun. Cet enseignement doit donc inclure des activités qui permettent de mieux se connaître. L'objectif est de prendre conscience des facteurs personnels qui peuvent influencer notre manière d'être avec le patient (33). Plusieurs médecins de l'étude ont notamment parlé de l'importance de l'introspection et de la réflexion. La participation à un groupe Balint était aussi un des moyens permettant de prendre du recul sur la pratique.

### **L'expertise pédagogique des MSU**

Pour la majorité des médecins interrogés, leur rôle est avant tout de transmettre une vision personnelle du métier. Ils veulent promouvoir leur exercice en valorisant les aspects positifs de la pratique ambulatoire.

Les recommandations actuelles en matière de pédagogie encouragent les enseignants à adopter une approche centrée sur l'étudiant. Celle-ci place l'étudiant au cœur de l'apprentissage, les interactions avec les professeurs et le contexte d'apprentissage permettent de susciter des questionnements sur lesquels les savoirs vont se construire (34). Les médecins de l'étude adoptent cette approche en se positionnant eux même dans un objectif d'apprentissage. Le fait de devenir maître de stage les pousse à réfléchir sur leurs pratiques et contribue à renforcer leurs expertises cliniques.

A partir de l'analyse du discours des maîtres de stage, plusieurs représentations de leurs rôles pédagogiques ont émergé. La plupart du temps, les MSU souhaitent se positionner comme des médiateurs de l'apprentissage. Ils partent des besoins et des attentes de l'interne pour orienter leurs enseignements. Il arrive toutefois que les MSU souhaitent que les internes acquièrent des connaissances qu'ils considèrent comme essentielles et que l'expérience de l'interne et ses désirs d'apprentissage ne soient pas toujours intégrés. Ils se situent alors parfois dans un modèle transmissif où le maître soumet des connaissances à l'élève qui doit les assimiler.

Au cours du deuxième cycle des études médicales, les étudiants sont plus souvent préoccupés par l'acquisition de savoirs disciplinaires. Dans une thèse sur l'enseignement de la relation médecin-patient par l'observation des MSU, des internes rapportaient qu'il fallait une certaine maturité pour saisir l'importance de cette compétence (35). Plusieurs maîtres de stage de l'étude considèrent que leur rôle est alors de sensibiliser l'étudiant et de provoquer une réflexion en questionnant leurs manières d'entrer en relation avec le patient.

Enfin, plusieurs maîtres de stage ont déclaré attacher de l'importance à la relation qu'ils entretiennent avec leurs internes. Ils valorisent leurs apprentissages et souhaitent créer un climat favorable pour que l'interne puisse se sentir en confiance. Dans une perspective socio-constructiviste, l'apprentissage est une modification de la structure même de la pensée. L'acquisition de nouvelles

données passe par une étape de déconstruction des représentations antérieures pour ensuite reconstruire son raisonnement en intégrant de nouvelles connaissances. La confrontation à des savoirs inconnus et la prise de conscience de ses propres manques peuvent être perçues comme une faiblesse et déstabiliser l'étudiant. En adoptant une attitude centrée sur la personne, l'enseignant accompagne l'élève dans son développement et adopte ainsi une posture de thérapeute. Néanmoins, cette relation pédagogique suppose que le maître accepte d'aider l'élève à surmonter ses angoisses et que ce dernier ait suffisamment confiance en son maître pour accepter son aide (19)(4).

### **L'importance du modèle de rôle**

Plusieurs études ont démontré l'impact du modèle de rôle dans la transmission des compétences informelles (28). Les médecins de l'étude n'ont pas forcément connaissance du concept pédagogique. La plupart des MSU n'avait pas réfléchi à l'influence que leur position de maître de stage pouvait exercer sur les stagiaires. Ils ne souhaitent pas se positionner en tant que modèle et trouvent ce rôle inconfortable car il implique d'être exemplaire. Ils ont conscience du caractère implicite du phénomène, et considèrent qu'ils ne peuvent pas le maîtriser. En pratique, ils utilisent cet outil pour montrer une façon d'être avec les patients. Les MSU conscients des outils de communication peuvent expliciter leur manière de communiquer. Les autres pensent que les connaissances se transmettent par l'observation et l'imprégnation d'une manière de faire en imitant des comportements. Ces difficultés à expliciter les savoirs sous-jacents ont également été retrouvées dans une étude concernant le modèle de rôle et la communication médecin-patient (12). Ce modèle de transmission silencieux constitue une des limites principales de l'exercice du modèle de rôle. Sans justification de ses actions, il existe une grande variété d'interprétations par l'étudiant. Cette pratique tacite ne permet pas la réflexion (3).

### **La pratique de la supervision**

Le stage praticien est un moment privilégié pour l'enseignement. En effet, la mise en situation authentique permet de contextualiser et de renforcer les apprentissages. Avant d'accueillir les internes en stage, les MSU doivent participer à un séminaire obligatoire sur l'initiation à la maîtrise de stage. Cette formation les sensibilise aux compétences, apporte des notions sur le modèle de rôle et les forme à la supervision.

L'étude a permis de faire ressortir différentes pratiques pédagogiques. La phase de supervision directe est un moment essentiel pour l'enseignement en stage (10). Le maître de stage supervise l'interne qui conduit l'entretien et l'examen clinique, en l'observant puis en lui apportant un retour critique à distance sur un temps de débriefing. Pourtant, cette phase n'est pas toujours appliquée en

pratique. Les médecins rapportent des difficultés à rester en retrait sans intervenir. Certains mènent alors la consultation à deux. Il arrive aussi que les moments de supervision directe et d'observation s'alternent dans la journée. Dans d'autres cas, le stagiaire est laissé rapidement en autonomie, les MSU considèrent que leur présence est intrusive et qu'elle bloque la relation duelle entre l'interne et le patient. Plusieurs participants trouvent cette position d'observateur et d'évaluation inconfortable.

Enfin, les maîtres de stages de l'étude ont soulevé le fait qu'ils échangeaient peu entre eux sur leurs pratiques pédagogiques. Les groupes d'échange de pratique ont démontré leur efficacité sur le développement des compétences cliniques. De la même manière, la constitution d'une communauté de pratique incluant des maîtres de stage permettrait d'aider les MSU à développer des stratégies de supervision et, en proposant des pistes de réflexion contribuer à harmoniser l'enseignement clinique (44).

### **Le jugement dans l'évaluation**

Les maîtres de stage ont exprimé le souhait d'entretenir un rapport égalitaire avec les stagiaires. Ils n'aiment pas leur rôle d'évaluateur, et plusieurs ne souhaitent pas se prononcer sur la validation. De fait, la validation de stage est surtout subjective et informelle.

Au cours du stage, les processus d'évaluation des capacités relationnelles de l'interne sont mal décrits. Certains observent précisément des comportements ou attitudes, apportent une rétroaction précise et prescrivent des tâches pédagogiques ciblées. D'autres participants ont fait remarquer qu'ils n'observent rien de particulier chez les stagiaires dans le domaine relationnel, plusieurs considèrent que ce serait porter un jugement de valeur sur leur personnalité. Cependant, l'évaluation est un élément essentiel de l'enseignement. L'évaluation formative vise à poser un diagnostic pédagogique et permet d'orienter les enseignements en fonction des compétences à acquérir (30). La compétence relationnelle est difficile à mesurer objectivement. De nombreuses recherches se sont penchées sur ce sujet, et ont développé des outils d'évaluation (33, 34, 35). Actuellement, l'utilisation de ces grilles est parfois lourde et difficilement reproductible. Néanmoins, elles peuvent servir de référence et aider à la supervision. Le guide de Calgary-Cambridge, par exemple, est déjà utilisé dans plusieurs facultés françaises et constitue un référentiel solide pour observer les habiletés relationnelles (36). Si il n'a pas été cité explicitement dans les verbatim, plusieurs MSU semblent avoir pris connaissance de cet outil.

Les MSU qui accordent beaucoup de temps à la supervision indirecte, ont confiance dans les capacités d'auto-évaluation de l'interne. Pendant le débriefing, ils évaluent indirectement le stagiaire à partir de ses ressentis et de ses impressions, et devinent de quelle manière a pu se dérouler l'entretien. Cette conception de l'apprentissage est développée dans les théories portant sur la pédagogie d'adulte.

Néanmoins, elles sont critiquées et des études ont montré que les étudiants en médecine ont une faible capacité d'autocritique et d'auto-évaluation. L'analyse réflexive et la pratique de la métacognition nécessitent une certaine maturité. Dans une supervision à visée pédagogique, l'enseignant clinicien doit accompagner l'étudiant dans ses apprentissages et évaluer sa capacité d'auto-formation (19).

Plusieurs participants ont fait remarquer que la supervision dans le domaine relationnel est délicate. Les retours, les comportements ou les attitudes de l'interne avec le patient ont parfois été sources de conflit et de rupture dans la relation entre le superviseur et le supervisé. Certains maîtres de stage ne font pas de supervision directe car ils ont l'impression que l'interne est mal à l'aise et se sent jugé. Enfin, les MSU se désolent du manque de retour critique des internes sur leurs compétences pédagogiques. Ces remarques laissent penser que le stagiaire se situe dans une position d'évaluation. Dans cette perspective, la critique est perçue comme négative, la relation entre l'interne et le maître de stage est conçue comme une relation dominant-dominé. Le stagiaire a tendance à masquer ses difficultés pour paraître compétent. Ce stress de la performance, la honte et la culpabilité fragilisent l'interne et amenuisent sa curiosité. L'adoption d'une posture d'apprentissage nécessite de déconstruire les idées sur l'évaluation et sur les rapports aux enseignants ancrés profondément dans le parcours scolaire ou en formation initiale. La qualité de la relation entre le superviseur et le supervisé permet de se centrer sur le développement des apprentissages (31).

### **L'influence du curriculum caché sur la formation**

Pour terminer, le stage chez le praticien s'inscrit dans un curriculum de formation. Plusieurs études ont décrit l'influence parfois négative du curriculum caché sur la construction des valeurs touchant au domaine relationnel comme l'empathie ou le respect d'autrui (20)(21). Un médecin a soulevé le fait qu'ils interviennent tardivement dans la formation des internes (entre la septième et la neuvième année des études médicales). Les internes ont déjà une expérience professionnelle, des habitudes et une conception du métier personnelle. Ce changement de paradigme qu'impose l'approche centrée patient rendrait plus difficile l'accès à ces nouvelles compétences. Cependant, il est tout de même possible de semer le doute et de sensibiliser l'étudiant à de nouvelles perspectives en apportant une rétroaction de qualité. En explicitant les concepts promus, et en soulevant des questionnements, le maître de stage peut inviter l'étudiant à réfléchir sur ses valeurs et sur ses pratiques relationnelles (37).

# CONCLUSION

Ce travail a permis d'étudier un sujet complexe en explorant la manière dont les habiletés relationnelles sont transmises en stage. L'analyse a permis d'identifier plusieurs éléments qui peuvent impacter l'enseignement de ces compétences.

Tout d'abord, les maîtres de stage ont conscience de leur rôle dans la transmission des compétences informelles qui touchent aussi au domaine du savoir-être. Cependant, en étant souvent assimilée à une exigence de perfection, la compréhension du concept de modèle de rôle n'est pas toujours bien intégrée. La pratique de cet exercice pédagogique est souvent tacite et les savoirs transmis implicitement sont difficilement accessibles aux MSU et aux internes. Pourtant un exercice conscient du modèle de rôle est un outil puissant dans l'enseignement des compétences relationnelles.

Par ailleurs, si tous les médecins sont convaincus que la relation médecin-patient s'apprend, des réticences persistent quant aux formations sur les techniques de communication. Certains médecins pensent que le développement des capacités relationnelles est propre à chacun et dépend essentiellement de l'intérêt personnel. De plus, les concepts portant sur l'approche centrée ne sont pas toujours compris. En effet, ce modèle est souvent confondu avec la notion d'approche globale. Les connaissances sur les habiletés en communication sont variables d'un médecin à l'autre. En conséquence, la démarche évaluative et les processus pédagogiques qui en découlent restent imprécis.

Sur le plan pédagogique, même si l'étude a constaté des disparités de pratiques en stage, la plupart des maîtres de stages interrogés situent leur enseignement dans un paradigme d'apprentissage. L'expression libre des émotions et des difficultés, la valorisation de la pratique réflexive et de l'autoformation encouragent et stimulent l'étudiant à apprendre. Néanmoins, ce point de vue ne semble pas toujours partagé par les internes et il serait intéressant d'explorer leur position dans l'apprentissage. Proposer des formations permettant d'établir un rapport superviseur-supervisé plus égalitaire pourrait diminuer la peur du jugement qui semble parfois bloquer les enseignements en supervision directe.

Pour finir, Les MSU ont constaté l'influence de la formation initiale sur la perception de la relation médecin-patient. Pour impacter positivement les apprentissages transmis indirectement par le curriculum informel, l'enseignement clinique se doit d'être cohérent et une harmonisation des pratiques pédagogiques en stage semble nécessaire. La constitution de groupe d'analyse de pratiques entre MSU pourrait ainsi favoriser les échanges et contribuer à développer l'expertise pédagogique des maîtres de stage.



Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professeur Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

# FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : *JEHANNO Caroline*

## TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : Le rôle de l'enseignant clinicien dans l'apprentissage de la compétence communication / relation médecin-patient en stage praticien de niveau 1.

Rennes, le *15/11/2017*

**Le Directeur de thèse**

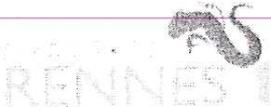
Rennes, le *16.11.17*

**Le Président de jury**

**Vu et permis d'imprimer**

Rennes, le **20 NOV. 2017**

**Le Président de l'Université  
de Rennes1**

  
**D. ALIS**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Reix G, Le Breton J, Chastang J, Bernard E, Pautas E, Rondet C, et al. Caractéristiques socio-démographiques et médicales influençant les qualités attribuées au bon médecin : Perspectives pour la formation à la relation médecin-patient. *Pédagogie Médicale* 2014; 5(4):301-316.
2. Fournier Cécile, Kerzanet Sandra. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007; 19(5):413-425.
3. Balint Michel. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot ; 1957.
4. Carl Ransom Rogers. *Le développement de la personne*. Nouvelle édition 2005. Paris: Dunod-InterEditions; 1968.
5. Stewart Moira. Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;793-801. Disponibilité sur internet: URL: <http://bjgp.org/content/55/519/793>.
6. Vallée Jean-Pierre, Gallois Pierre. La demande exprimée par le patient est t-elle sa principale préoccupation ? [Editorial]. *Médecine* Jan 2006: 25-26.
7. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin“ en soins primaires. *Presse Med* 2006; 35:967-73.
8. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1 mai 1995;152(9):1423-1433.
9. Makoul Gregory, Curry H. Raymond. Importance d’une évaluation et d’une optimisation des aptitudes à la communication (traduit) [Editorial]. *JAMA* 2007; 298(9):1057-1059.
10. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer* 2017 ;132 :187-
11. Mission « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé » Ministère de la santé et des sports,CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiel métiers et compétences Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
12. Compagnon laurence, Bail Philippe, Huez jean-François, Stalnikiewicz Bertrand, Ghasarossian Christian, Zerbib Yves, et al. Définition et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;24(108):148-55.

13. Sally C. Mahood. Formation médical : Prenez garde au curriculum caché. *Canadian Family Physician*. Sept 2011;11: e313-315 [exclusivement sur internet].
14. Galam Eric. Devenir médecin : éclairer le « hidden curriculum ». L'exemple de l'erreur médicale Eric Galam. *Press Med* 2014;43:358-362.
15. Chamberland Martine, Hivon René. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie médicale* Mai 2005;6(2):98-111.
16. Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés.
17. Diplôme d'études spécialisées en médecine générale. Guide de l'interne année universitaire 2016-2017. Université Rennes 1 faculté de Médecine.
18. Côté Luc, Laughrea Patricia-Ann. Preceptors' Understanding and Use of Role Modeling to Develop the CanMEDS Competencies in Residents. *Academic Medicine* 2014;89(6):934-939.
19. Côté Luc, Leclère Hélène. How Clinical Teachers Perceive the Doctor-Patient Relationship and Themselves as Role Models. *Academic Medicine*. 2000;75(11):1117-1124.
20. Querbes Violaine. Apport intérêts et bénéfiques d'une formation aux techniques relationnelles et de communication. Enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan. [Thèse]. Rennes: Université de rennes 1; 2015.
21. Millette Bernard, Lussier Marie-thérèse, Goudreau Johanne. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*. 2004;5(2):110-126.
22. Richard Claude, Lussier Marie-Thérèse. *La communication professionnelle en santé*. 2<sup>ème</sup> éd. Montréal: Éditions du renouveau pédagogique; 2005.
23. Santé Canada. *Outil de communication II La communication efficace... à votre service*. [Guide de ressources]. Ottawa 1999.
24. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale* 2002; 3:81-90
25. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherché qualitative. *Pratiques Psychologiques* 2004; 10:79-86.

26. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover ? Recherches qualitatives 2006; 26(1):32-50.
27. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84:142-145.
28. Moon KA. La congruence du thérapeute non directif : un paradoxe éthique, pas un conflit théorique. Dans : Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche : 2006 ;1(3):28-54.
29. Compagnon Laurence, Bail Philippe, Huez Jean-François, Stalnikiewicz Bertrand, Ghasarossian Christian, Zerbib Yves, et al. Les niveaux de compétences. 2013;24(108):156-64.
30. Stewart Moira, Brown Judith Belle, Weston W. Wayne. Patient-centred interviewing part III: five provocative questions. Can Fam Physician 1989; 35:159-161.
31. Ben Salah Loubna. Description du niveau Compétent pour la compétence «Communication, relation, approche centrée patient» à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de médecine de l'UPEC. [Thèse]. Creteil: Université Paris-Est Creteil; 2013.
32. Blanco MA, Maderer A , Price LL, Epstein SK, Summergrad P. Efficiency is not enough : You have to prove that you care: role modelling of compassionate care in an innovative resident-as-teacher initiative. Education for Health 2013; 26 :60-65.
33. Chappuis Raymond. La psychologie des relations humaines. 9<sup>ème</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », N°2287; 1986.
34. Jouquan Jean, Bail Philippe. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. Pédagogie médicale Août 2003 ;4(3):163-175.
35. Lacroix Brice. Dans quelle mesure l'observation des comportements relationnels des médecins seniors avec leurs patients, enseigne-t-elle la relation médecin-patient aux étudiants ? Etude qualitative menée auprès d'internes de médecine générale de Lyon à partir d'entretiens semi-dirigés. [Thèse]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014.
36. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education : BEME Guide No. 27. Medical Teacher 2013; 35(9):e1422-e1436. Disponibilité sur internet : <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982>

37. Coté L, Perry G, Cloutier PH. Développer son modèle de rôle en formation pratiques la contribution d'une communauté de pratiques de cliniciens enseignants. *Pédagogie médicale* 2013; 14(4):241-253.
38. Jouquan J. L'évaluation des apprentissages des étudiants en formation médicale initiale. *Pédagogie Médicale* 2002 ; 3(1) :38-52.
39. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling* 2001; 45:23-34.
40. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, Silverman J. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge guide to the medical interview. *BMJ Open* 2014; 4:1-8.
41. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *International Journal of Medical Education* 2014; 5:212-218.
42. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guide. *Academic Medecine* 2003; 78(8):802-809.
43. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale* 2009; 10(3):193-210.
44. Fortin B. Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie médicale* 2013; 14(4):297-302.

# LISTE DES ABREVIATIONS

ACP approche centrée patient

DMG Département de Médecine Générale

MCU Maître de conférence universitaire

MSU Maître de Stage Universitaire

RSCA Récit en Situation Clinique Authentique

SASPAS Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

## ANNEXE N°1:           GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

Je souhaite recueillir votre avis en tant que maître de stage accueillant des internes en stage praticien de niveau 1. Ce stage est le premier contact avec la pratique de la médecine générale en ambulatoire. C'est un stage qui permet l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique, en particulier les compétences dites « informelles » ou « non-scientifiques » comme par exemple la compétence communication / relation médecin patient. Ce qui m'intéresse, c'est comprendre la manière dont se transmettent les compétences.

Acceptez-vous que l'entretien soit enregistré ? Toutes les données seront anonymisées, et je ne manquerais pas de vous transmettre les résultats de mon travail.

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé avec votre dernier interne en stage?
- 2) Pour vous, qu'est-il important de transmettre à vos internes ?
  - D'après vous que manque-t-il à l'interne pour appréhender la relation médecin-malade ?
- 3) Comment avez-vous appris à communiquer avec les patients ?
- 4) Comment faites-vous pour transmettre vos compétences ?
  - Avez-vous un exemple ?
  - Y a-t-il des situations, des moments, des motifs... Qui facilitent cet enseignement ?
  - Observez-vous certaines choses chez l'interne quand il mène une consultation ?
- 5) Que signifie, pour vous, être un « modèle de rôle » ?
- 6) Au terme du stage, que pensez-vous avoir transmis ou laissé comme image à vos internes ?
  - Comment faites-vous pour évaluer ?
  - Qu'est-il important d'évaluer selon vous?
- 7) Pour terminer, souhaitez-vous rajouter quelques choses ? Avez-vous des suggestions ?

ANNEXE N°2 / TABLEAU: Caractéristiques de la population

| Entretien | Sexe | Age | Milieu d'activité | Type d'exercice | Nombre d'année de MSU | Durée des entretiens (min) | Formation à la communication/ RMP <sup>1</sup>                           |
|-----------|------|-----|-------------------|-----------------|-----------------------|----------------------------|--|
| E1        | M    | 57  | Urbain            | En groupe       | 3                     | 32'                        | 0  |
| E2        | F    | 47  | Urbain            | En groupe       | 10                    | 30'                        | 0  |
| E3        | F    | 39  | Rural             | En groupe       | 5                     | 45'                        | Balint <sup>1</sup><br>Hypnose   |
| E4        | M    | 63  | Semi - rural      | En groupe       | 10                    | 57'                        | Balint<br>Lecture personnelle  |
| E5        | F    | 56  | Semi-rural        | En groupe       | 5                     | 58'                        | Balint<br>FMC <sup>2</sup> Education thérapeutique                       |
| E6        | M    | 61  | Semi rural        | Seul            | 5                     | 32'                        | Lecture personnelle  |
| E7        | F    | 49  | Rural             | En groupe       | 10                    | 57'                        | FMC Education thérapeutique<br>Hypnose                                   |
| E8        | M    | 46  | Rural             | En groupe       | 8                     | 39'                        | Psychothérapie TCC <sup>3</sup><br>Balint<br>FMC Education thérapeutique |
| E9        | M    | 40  | Urbain            | En groupe       | 2                     | 49'                        | Lecture personnelle  |
| E10       | M    |     | Urbain            | En groupe       | 20                    | 54'                        | FMC écoute active,<br>animation de groupes,<br>communication             |
| E11       | M    | 64  | Rural             | En groupe       | > 20                  | 52'                        | Séminaire sur la RMP <sup>4</sup><br>Lecture personnelle                 |
| E12       | F    | 54  | Urbain            | En groupe       | 7- 8                  | 53'                        | Balint   |
| E13       | M    | 59  | Urbain            | En groupe       | 5                     | 40'                        | Balint,<br>Formation SAPIR <sup>5</sup>                                  |
| E14       | F    | 60  | Semi - rural      | En groupe       | 11                    | 21'                        | FMC séminaire sur la RMP<br>Hypnose                                      |
| E15       | F    | 57  | Rural             | Seul            | 26                    | 52'                        | Balint<br>DU de psychologie  |

<sup>1</sup> Participation à un groupe Balint Relation Médecin-Patient

<sup>2</sup> Formation Médicale Continue

<sup>3</sup> Thérapie Cognitivo-Comportementale

<sup>4</sup> Relation médecin-patient

<sup>5</sup> Formation à la relaxation psychanalytique méthode Michel Sapir

**JEHANNO, Caroline. Le rôle de l'enseignant clinicien dans l'apprentissage de la compétence communication/ relation médecin-patient en stage praticien de niveau 1: étude qualitative auprès de maîtres de stage universitaire.**

46 feuilles, un tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2017 ; N° .

**Résumé français :**

Objectifs: L'apprentissage de la compétence communication / relation médecin-patient est un défi majeur pour la formation des jeunes médecins généralistes. Le stage chez le praticien est un moment particulièrement adapté pour cet enseignement. L'objectif de cette étude est d'explorer comment les maîtres de stage universitaires perçoivent et investissent leur rôle dans l'enseignement de la relation médecin-patient.

Méthodes : une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 maîtres de stage universitaires (MSU) attachés au département de médecine générale de Rennes.

Résultats : Les MSU souhaitent avant tout transmettre leur enthousiasme pour leur métier et insistent sur l'importance du savoir-être avec le patient. Les médecins interrogés sont convaincus que la compétence relationnelle s'apprend. Certains d'entre eux se sont formés, mais pour beaucoup cette compétence s'est surtout développée grâce à la pratique. Il semble que le concept d'approche centrée sur le patient ne soit pas toujours bien maîtrisé. Il est souvent confondu avec une approche globale. Les médecins ne sont pas toujours à l'aise avec l'exercice de modèle de rôle qui reste souvent implicite. Ils ont parfois des difficultés à expliciter leurs savoirs acquis par l'expérience. Enfin la majorité adopte une approche centrée sur l'étudiant en valorisant les apprentissages et la pratique réflexive. Néanmoins, en étant perçue comme un jugement, l'évaluation est pour eux un rôle inconfortable. Certains MSU éprouvent des difficultés à évaluer leurs étudiants par crainte de porter un jugement subjectif sur la personnalité de l'interne.

Conclusion : Ce travail a permis d'identifier des éléments qui peuvent impacter l'enseignement de la relation médecin-patient en stage. La valorisation de la position d'apprentissage ou encore la pratique consciente du modèle de rôle sont des pistes pour améliorer l'enseignement des compétences relationnelles en formation initiale.

Rubrique de classement :

Mots-clés : relation médecin-patient, modèle de compétence attendue, stage de formation clinique, méthodes d'enseignement

Mots-clés anglais : physician-patient relation, competence base-education, clinical clerkship,  
MeSH : teaching methods

JURY :

Président : Monsieur le Professeur JEGO Patrick  
Assesseurs : Monsieur le Professeur DESRUES Benoît  
Monsieur le Docteur RENAUT Pierrick [directeur de thèse]  
Madame ZIELINSKI Agata