Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience

Christelle Margo

▶ **To cite this version:**

Christelle Margo. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02186216

HAL Id: dumas-02186216

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186216

Submitted on 17 Jul 2019

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

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

Université Nice SOPHIA ANTIPOLIS

Membre de UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience.

Thèse d'exercice de Médecine

Présentée et publiquement soutenue devant la faculté de médecine de Nice
Le 16 Avril 2019

Par
Mme MARGO Christelle
Née le 25-05-1990 à Nice

Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Membres du Jury :

Président :	Professeur Fournier Jean Paul
Assesseurs :	Docteur Darmon David Professeur Monnier Brigitte
Directeur de thèse :	Docteur Casta Céline

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

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

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Pr Jean Paul Fournier

Vous me faites l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail. Veuillez agréer mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Docteur David Darmon

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. J'espère qu'on pourra travailler en collaboration, pour participer au développement de la médecine générale.

Madame le Professeur Brigitte Monnier

Vous avez accepté de faire partie de ce jury. Je vous en remercie.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Céline Casta

Tu as accepté de diriger ce travail de thèse, je t'en remercie. Merci pour ta patience, ton soutien et tes conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec toi autant sur ce travail qu'au quotidien au cabinet. J'espère que la suite sera aussi agréable.

A ceux qui ont participés à ce travail de thèse :

Monsieur Alain Percivalle

Votre expertise et votre participation ont été d'une grande aide pour la réalisation de ce travail. Je vous en remercie.

Léa, Gauthier et tous les internes participants

Juste Merci. Sans vous ce travail n'aurait pas été possible. J'espère que cela vous aura été utile. Je vous souhaite une bonne continuation dans vos études.

Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Vous avez été mon référent au DERMG pendant ces années d'internat, je vous remercie pour votre aide et votre écoute. Vous me faites l'honneur de me confier vos patients, merci pour votre confiance.

Monsieur le Professeur Michel Papa

C'est un plaisir de travailler avec vous au quotidien. Merci pour votre soutien et votre confiance avec vos patients.

Monsieur le Docteur Alain Paolantonnacci

Merci pour les encouragements et les pauses gouter de l'après-midi en votre compagnie.

Evelyne

Que dire. Merci pour tout. Sans toi les journées de travail seraient beaucoup moins sympa. Ne change rien.

A ma famille

A mes parents, **mon frère**, merci pour tout votre support durant ces longues années d'études et ce travail de thèse. Ça y est on en voit le bout. Maman merci pour les relectures.

A tous les présents et les absents, merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes amis

Surtout ceux rencontrés pendant l'internat. Ces années auraient été beaucoup plus dures sans vous.

La team Frejus : Aviva, Alexia, Peyo, Nathalie… sans vous ce premier semestre n'aurait pas été le même. **La team Urgences** : les filles, Florence, Justine, Marie Doha, et vos petites familles.

Et tous les autres rencontrés pendant l'internat ou ailleurs : Blandine, JB, Laura, Léa, Agathe, Marion…

Et à toutes les équipes avec qui j'ai eu le plaisir de travailler

Spéciale dédicace pour l'équipe de médecine 5° de Lenval et du C0 à Cimiez. Vous êtes au top.

Table des matières

Liste des abréviations....12
Introduction....13
Matériel et méthode....15
A. Elaboration des séances d'enseignement à la communication par la simulation....15
B. Evaluation des séances de simulation....18
Résultats....20
A. Elaboration des séances....20
B. Description des séances....20
C. Description des participants....21
D. Evaluation de la communication du médecin acteur....21
E. Évaluation qualitative des séances de simulations....22
Discussion....29
Bibliographie....33
Annexe 1 : Guide d'évaluation de la communication....36
Annexe 2 : Consentement vidéo....38
Annexe 3 : Guide d'entretien interne DES 1....40
Annexe 4 : Guide d'entretien interne DES 2....43
Annexe 5 : Scénario 1 :« Prescription d'une première contraception chez la femme jeune »46
Annexe 6 : Scénario 2 : « Lombalgie aigue chez un sujet jeune »....49
Annexe 7: Formulaire d'information et de consentement....51
Annexe 8 : Questionnaire caractéristiques des participants....52

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

ECN : Examen Classant National

ECOS : Examens Cliniques Objectifs et Structurés

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maitre de Stage des Universités

Introduction

En médecine et ce d'autant plus en médecine générale, la communication est essentielle à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à la prise en charge du patient. Elle assure une bonne compréhension par le soignant des besoins et des attentes du patient, une meilleure compréhension par le patient de ce qui lui arrive et donc une meilleure adhésion à ce qui lui est proposé (1). Une communication efficace en santé permet de servir plusieurs objectifs : gain de temps, d'efficacité, amélioration de la satisfaction des patients et des professionnels de santé (2). De plus, le développement d'une approche centrée patient, à travers la communication, va permettre d'aider les professionnels de santé à offrir à leurs patients des soins adaptés à leurs valeurs, leurs besoins et leurs préférences, en les faisant participer à un processus de décision partagée (3,4).

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge du patient, il se trouve au cœur de la relation entre le patient, le monde médical et tous les intervenants. La communication fait partie des six compétences indispensables à acquérir en médecine générale (5). La communication et le développement de la relation médecin patient, font partie des objectifs d'apprentissage pendant la phase socle du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale (6).

Il ne suffit pas d'être capable de tenir une conversation, les habiletés nécessaires pour une communication efficace avec le patient ne sont pas innées et nécessitent un apprentissage. Pourtant l'enseignement de la communication reste une activité marginale, et plusieurs études montrent les lacunes des professionnels de santé en la matière (7,8). Il est également très différent selon les facultés, les spécialités et le niveau d'étude.

Il a été montré que les acquis en matière de communication lors de la formation initiale s'amenuisent s'ils ne sont pas réactualisés (9,10). Il est donc indispensable de mettre en œuvre durant toute la formation initiale et pour la formation continue des séances d'apprentissage des habiletés communicationnelles.

D'après Silverman (7) et Millette (8) les éléments essentiels à l'apprentissage de la communication médecin-patient sont : l'apprentissage en petits groupes, l'observation, le recours à l'enregistrement audio ou vidéo, le débriefing, la répétition des séances et l'intégration de ces séances dans le cursus tout au long des études médicales.

La simulation comme moyen d'apprentissage

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la simulation comme : « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques ou thérapeutiques et permettre de répéter ces processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (11).

Un des moyens pédagogiques utilisé en simulation est le recours aux patients simulés (12). Celui-ci permet d'acquérir des connaissances aussi bien sur le plan théorique, technique, que de la communication et des comportements, sans nuire au patient (13–15).

A Nice, lors de la formation initiale en 3ème cycle des études médicales, pour le DES de médecine générale, il est proposé un séminaire d'initiation à la communication en petits groupes en premier semestre. De plus, les internes de médecine générale, s'auto évaluent sur leur communication régulièrement lors des différents stages hospitaliers et ambulatoires, notamment à l'aide de la grille de Calgary Cambridge adaptée (16,17).

Parmi cette offre de formation, il nous est apparu important d'ajouter un temps dédié, avec une possibilité de débriefing individuel ou en groupe afin de perfectionner et/ou d'évaluer cette compétence communication, sans nuire au patient.

Partant du double constat que l'apprentissage de la communication est indispensable à la relation médecin-patient et que la simulation par l'intermédiaire de patients simulés est un outil pédagogique ayant fait ses preuves, nous nous sommes proposés de mettre en place un enseignement à la communication par la simulation à la faculté de médecine de Nice.

Le but de cette étude est de décrire l'élaboration et l'évaluation de séances d'enseignement de la communication par la simulation à destination des internes en première année de DES à la faculté de médecine de Nice.

Matériel et méthode

A. Elaboration des séances d'enseignement à la communication par la simulation

Les séances ont été construites selon le référentiel HAS en matière de simulation (11).

1. Objectifs et intégration au curriculum

L'objectif de ces séances de simulation était de développer la compétence communication des étudiants afin de leur permettre d'acquérir des stratégies pour mettre en place une communication efficace avec le patient et établir une relation avec ce dernier. Compétence qui s'inscrit dans les six compétences indispensables du médecin généraliste (5). Cet enseignement a été intégré dans la formation initiale des internes en médecine générale, lors de leur premier semestre de première année, dite « phase socle ». Ce nouvel enseignement a été proposé en facultatif, dans le cadre des crédits d'enseignements complémentaires (45 crédits à valider tout au long du cursus des trois années de DES de Médecine Générale).

2. Choix de la méthode pédagogique

La méthode pédagogique choisie était la simulation de consultations de médecine générale, filmées, et retransmises en direct dans une salle avec des observateurs.
La technique des patients simulés a été utilisée. Elle a fait ses preuves dans l'apprentissage de la communication en santé et permet de se placer dans un environnement proche de la réalité, sans nuire au patient (18). Il a été choisi de recourir à des patients simulés plutôt que standardisés car ils s'adaptent aux réactions du médecin.

Dans les programmes d'enseignement ayant recours aux patients simulés, les patients sont des acteurs rémunérés ou de vrais patients (bénévoles ou rémunérés). Cela représentait une organisation logistique et financière trop lourde pour l'initiation de ce type de séance, voire leur généralisation ensuite. Des études ont montré que les patients standardisés ou des pairs formés à la simulation étaient tous les deux réalistes, avec une efficacité comparable dans l'apprentissage de la communication avec un rapport coût/efficacité en faveur des pairs(19). Nous avons donc proposé à des internes plus âgés (en deuxième année d'internat) de jouer le rôle des patients. De plus, les internes en deuxième année possèdent déjà plusieurs des caractéristiques indispensables pour être un patient standardisé : disponibilité, responsabilité, capacité d'observation et d'adaptabilité, aptitude à reproduire une situation, capacité de mémorisation. Ils sont également intéressés par

l'amélioration des pratiques (20,21). Nous nous sommes posé la question de l'intérêt pour eux de se mettre à la place du patient.

3. Recrutement des participants

La totalité de la promotion d'internes en médecine générale de DES 1 a été contactée par e-mail, présentant les modalités de la séance de simulation. Seuls les internes motivés, et intéressés par ces séances ont répondu positivement dans le cadre d'un enseignement facultatif. Les patients simulés par les internes de deuxième année, ont également été recrutés par mail, sur la base du volontariat (sous condition d'avoir déjà effectué un stage en ambulatoire). Leur formation au scénario et leur participation leur validaient aussi des crédits d'enseignements complémentaires.

4. Formation des patients simulés

Les internes en deuxième année ont été formés à leur rôle de patients simulés en amont des séances de simulation. Les scénarios leurs ont été fournis à l'avance et une séance de répétition a été organisée avec dans le rôle du médecin, une interne de premier semestre volontaire, ainsi qu'un médecin généraliste en exercice.

5. Choix des thèmes

Les thèmes retenus pour les scénarios étaient des motifs fréquents de consultation en médecine générale, ne nécessitant pas d'examen clinique complexe afin de se concentrer sur la communication. Le contenu des scénarios était conforme avec les recommandations de bonnes pratiques. Les sujets relevant d'éthique ou de situations complexes au niveau émotionnel (annonce d'une maladie grave par exemple), ont volontairement été écartés car traités plus tard dans le DES de Médecine Générale. Les scénarios ont été relus par un enseignant médecin généraliste et un enseignant psychologue.

6. Choix du lieu

Pour plus d'impartialité et de réalisme, les consultations se sont déroulées en dehors de la faculté de médecine, dans un véritable lieu de soins primaires, inconnu des étudiants, et doté de salles de consultation et de réunion : les locaux du pôle de santé des Moulins, quartier classé « zone urbaine sensible », à Nice, en déficit de professionnels de santé.

7. Déroulement des séances

Les séances de simulation duraient trois heures. Elles se déroulaient selon un schéma prédéfini en trois étapes (11).

Briefing

Dans un premier temps chaque participant était invité à se présenter, avant de rappeler les objectifs de l'enseignement, ainsi que les principes de confidentialité et les règles déontologiques. Le déroulement de la séance a été expliqué aux participants, avant de leur remettre la grille d'observation et d'évaluation. La grille utilisée était celle utilisée par le DERMG de Nice pour l'autoévaluation de la communication en stage. (Annexe 1) Elle est tirée de la thèse d'exercice de C. Armengeau (16), et constitue une version simplifiée du guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale. Elle regroupe l'ensemble des habiletés communicationnelles à mettre en œuvre lors d'une consultation afin de mettre en place une communication efficace avec le patient et construire une relation centrée patient (2,17).

Les thématiques abordées ont été exposées aux participants avant de choisir des étudiants volontaires pour participer à la simulation. Leur consentement à être filmé écrit et signé a été recueilli avant la simulation (Annexe 2).

Simulation

Le scénario a été déroulé par l'interne volontaire en premier semestre, jouant le rôle du médecin et l'interne en deuxième année, patient simulé, dans un bureau de consultation à part. Les étudiants de première année n'étaient pas informés que le patient était joué par un autre interne. La consultation simulée était filmée avec un smartphone et retransmise au reste du groupe en vidéo par Youtube-live*. Le profil Youtube* utilisé était celui de l'auteur et l'accès aux vidéos privé. Les enregistrements seront conservés un an à des fins de recherche puis effacés.

Débriefing

Après la simulation un temps de débriefing a été proposé. Il se décomposait lui aussi en plusieurs phases : descriptive, d'analyse et de synthèse.

D'abord, tous les participants étaient invités à remplir la grille d'évaluation de la communication. Ensuite les acteurs (patient et médecin) étaient invités à s'exprimer sur la consultation, à donner leurs impressions, leurs émotions. La parole était ensuite donnée aux étudiants observateurs et aux formateurs présents qui faisaient office de médiateurs dans la discussion. En cas de besoin, des extraits de la consultation pouvaient être revisualisés. Dans un deuxième temps la grille d'évaluation de la communication a été utilisée pour guider l'analyse. Enfin une synthèse était faite par l'enseignant de médecine générale sur les aspects biomédicaux et les techniques de communication évoquées pendant la séance.

B. Evaluation des séances de simulation

1. Evaluation de la communication

Lors des séances, la grille d'évaluation de la communication, utilisée comme support d'observation et de débriefing, a été utilisée ensuite pour réaliser des auto et hétéroévaluations.

Les données recueillies grâce à ces grilles d'évaluation ont été analysées afin de calculer un taux d'accord entre les différents participants.

2. Evaluation qualitative des séances

Elaboration du guide d'entretien

Après les séances de simulation, chaque étudiant a été revu individuellement pour recueillir ses opinions sur l'enseignement.

Un guide d'entretien a été élaboré. Il a été revu par deux enseignants en médecine générale dont un spécialisé en méthode qualitative. Après une présentation de l'étude et la recherche du consentement de l'étudiant, il recherchait les raisons de la participation des étudiants. Ensuite il précisait les opinions des étudiants sur la séance de simulation et ses particularités.
Le guide a peu été modifié au fur et à mesure des entretiens à part pour un thème qui n'était pas évoqué par les étudiants. La trame était la même pour les étudiants de première et deuxième année d'internat sauf pour une question (Annexe 3 et 4).

Les grandes thématiques explorées étaient : leur opinion, le recours à la vidéo, la présence d'un psychologue, le débriefing, le recours à la grille de Calgary pour l'évaluation de la communication, le recours à des internes plus âgés comme patients simulés, le choix du lieu ambulatoire et la mise en pratique depuis la séance de simulation.

Déroulement des entretiens

Il a été décidé de réaliser des entretiens semi directifs, individuels, afin de laisser la liberté aux étudiants de s'exprimer. La durée prévue était d'environ 20 à 30 minutes.

L'entretien se déroulait selon le guide d'entretien mais l'ordre des questions n'était pas systématique et a été adapté à chaque interne. Ils ont été enregistrés via un smartphone.

Retranscription et analyse des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot dans leur intégralité et de façon à respecter l'anonymat des participants. Ils l'ont été au fur et à mesure de leur réalisation afin d'identifier si de nouvelles idées apparaissaient et nécessitaient une modification du guide d'entretien.

Les données ont été analysées selon une méthode d'analyse thématique manuelle.

Résultats

A. Elaboration des séances

La mise en place de séances de simulation requiert en amont un travail d'organisation important.
L'écriture des scénarios, en fonction des recommandations des différentes spécialités, a demandé de nombreuses heures de travail et plusieurs relectures. Nous avons organisé une réunion avec l'enseignant et le psychologue ayant duré trois heures. La formation des internes en deuxième année à leur rôle de patient simulé a nécessité une réunion d'une durée de deux heures.

B. Description des séances

Deux séances de simulation ont été réalisées dans les locaux du pôle de santé des Moulins à Nice.
A chaque séance étaient présents pour animer un médecin généraliste, enseignant au sein du DERMG, et un psychologue enseignant.

Les patients étaient joués par deux internes de médecine générale en DES 2. Ce sont les mêmes internes qui ont participé aux deux séances, afin de pouvoir les comparer. Ils avaient tous les deux, dans leurs loisirs, pris des cours de théâtre.

La première séance a eu lieu le 5 février 2019, six internes en premier semestre, tous en stage de niveau 1 en médecine générale, y ont participé. La deuxième séance a eu lieu le 12 février 2019, et cinq internes y ont participé, ainsi que trois étudiants en psychologie.

Lors de chaque séance deux consultations de 15-20 min ont été simulées. Les thèmes abordés étaient une demande de première prescription de contraception chez une jeune femme et une lombalgie commune chez un jeune patient. (Annexe 5 et 6) Les scénarios définissaient deux patients aux comportements très différents (un patient compliant et une patiente dans l'opposition).

La grille d'évaluation de la communication a été également utilisée pour mener le débriefing.

C. Description des participants

	Internes DES 1	Internes DES 2
Sexe	Féminin n = 8 Masculin n = 3	Féminin n = 1 Masculin n = 1
Stage au moment de l'étude	Libéral n = 11	Urgences n = 1 Gynécologie n = 1
Participation à des séances de simulation lors des études	Oui n = 11 Non n = 0	Oui n = 2 Non n = 0
Participation au séminaire communication avant la séance	Oui n = 5 Non n = 6	Oui n = 2
Faculté d'origine	Nice n = 2 Autre n = 9	Nice n = 1 Autre n = 1

Tableau 1. Caractéristiques des participants aux séances de simulation à la communication

Les facultés d'origine des participants étaient très variées. Selon les participants, toutes proposaient dans le cursus de deuxième cycle des études médicales, des séances de simulation, mais aucune spécifiquement sur la communication et avec des patients simulés.

La moitié des étudiants avait participé au séminaire de communication organisé par le département d'enseignement et de recherche en médecine générale (DERMG) avant la séance.

D. Evaluation de la communication du médecin acteur

Les grilles d'évaluation de la communication basée sur le guide Calgary Cambridge, ont été remplies pendant la séance par la totalité des participants. L'un des objectifs de cette grille était d'évaluer la communication de l'interne de DES 1 jouant le rôle du médecin (auto et hétéro évaluation).

Un taux d'accord moyen entre les différents participants a été calculé.

Taux d'accord	Séance 1		Séance 2		Total
	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2	
Entre les deux animateurs enseignants	65%	69%	77%	100%	**79%**
Entre le patient simulé et le médecin généraliste	73%	69%	73%	81%	**74%**
Entre le patient simulé et le psychologue	69%	69%	77%	81%	**74%**
Entre le médecin acteur et le psychologue	73%	58%	50%	92%	**68%**
Entre le médecin acteur et le médecin généraliste	69%	50%	46%	92%	**64%**
Entre le médecin acteur et le patient simulé	58%	46%	50%	77%	**58%**

Tableau 2. Taux d'accord de l'évaluation de la communication du médecin, entre les participants

E. Évaluation qualitative des séances de simulations

1. Description des entretiens

Chaque étudiant ayant participé aux séances de simulation a été revu lors d'un entretien semi dirigé. Les entretiens ont eu lieu selon les choix des étudiants (lieu de stage, faculté, internat, domicile…), entre le 21/02/2019 et le 07/03/2019.

Treize entretiens ont été réalisés (11 avec des internes de DES 1 et 2 avec les internes de DES 2). En moyenne les entretiens ont duré 18 min et 16 secondes (de 12 min19 sec à 24 min 30 sec).

2. Données issues des entretiens

Les citations sont en italique. Les entretiens (E) sont numérotés de 1 à 11 pour les internes en première année et A à B pour les internes en deuxième année.

Entretiens avec les DES 1

Concernant la motivation à la participation

Les internes volontaires ont accepté de participer pour des raisons variées. Les deux motifs les plus évoqués étaient l'amélioration des pratiques, notamment en matière de

communication et apporter de l'aide à un collègue. Il a été également évoqué la disponibilité, la technique de simulation et les crédits complémentaires.

Concernant les séances de simulation

Les internes en DES 1 n'avaient pas eu de formation dédiée à la communication dans leur cursus.

Les séances de simulation dont ils avaient pu bénéficier pendant l'externat portaient sur le développement de compétences cliniques (mise en situation avec un mannequin) ou sur l'apprentissage de l'annonce d'une mauvaise nouvelle (par l'intermédiaire de jeu de rôle entre eux ou avec des acteurs).

Le choix de thèmes de consultation relevant de médecine générale, et *« les situations très différentes, les patients très différents » (E3)* (autant sur le plan médical que du comportement du patient) pour les simulations a été apprécié par les étudiants car nouvelles pour eux, et proche de la pratique quotidienne *« Ce sont des situations réelles » (E3).*

Concernant le recours à la vidéo

L'ensemble des étudiants a trouvé le recours à la vidéo intéressant. Ils considèrent que l'interface entre les acteurs et les observateurs constitué par la caméra permet une meilleure mise en condition, plus proche d'une consultation réelle. *« Ça crée vraiment un espace de consultation, une bulle. » (E1) « Je vois pas trop comment on pourrait faire plus naturel. » (E4)* Cela peut permettre aux acteurs de ne pas se sentir observés, jugés et donc d'être plus naturels. *« Plus intime. Sans avoir l'impression que tout le monde nous regarde. »* (*E2)* Tous les étudiants ont évoqué le fait que cela permet, surtout aux acteurs, de prendre conscience de leurs propres comportements dont ils n'auraient pas conscience autrement et de réaliser une auto-évaluation plus efficace. *« Ça nous fait réfléchir, ça fait une espèce d'introspection. »* (*E11)*

En revanche, pour les plus timides d'entre eux, être filmé rendrait leur jeu moins proche de leurs compétences réelles en communication, par crainte du jugement par leur pairs. *« C'est vraiment différent quand je suis toute seule. » (E10)*

Concernant le recours à des internes de deuxième année pour jouer les patients

Tous les étudiants en DES 1 ont été d'accord pour dire que les patients simulés avaient bien joué leur rôle, mais qu'il aurait été mieux de ne pas savoir qu'ils étaient dans le milieu médical. En effet, un des deux patients était connu de certains étudiants. Pour ceux qui ne le savaient pas, ils disent avoir compris pendant les entretiens que le patient avait des

connaissances médicales. *« J'ai compris qu'elle connaissait plus qu'elle ne voulait bien dire. »* (*E1)* Cette culture médicale a été identifiée selon les étudiants comme un avantage et un inconvénient.

Elle a été perçue comme un avantage, *« Il peut plus axer la conversation qu'un patient qui n'y connait rien, l'aider, peut-être l'orienter, le mettre en difficulté. » (E2).*

En revanche, pour d'autres, les connaissances médicales des patients simulés peuvent être un frein car cela peut provoquer des interactions dans l'entretien, notamment biaiser la délivrance de l'information de la part du médecin face à un patient avec une bonne littératie en santé. *« Ça aurait pu interagir dans mon explication, ou dans la vulgarisation des mots médicaux. » (E1)* Ils avaient peur de n'être pas jugés uniquement sur leurs compétences en communication. *« Ça peut être un obstacle parce que tu penses que tu vas être jugé sur tes connaissances. »* (*E6)*

Concernant l'environnement

L'utilisation d'une salle de consultation réelle, indépendante, a été jugée comme indispensable. Indispensable pour se mettre dans des conditions réelles de consultation, et moins dans un environnement à connotation facultaire.

Concernant le fait d'être observateur plutôt qu'acteur

Le point négatif concernant les séances de simulation revenant le plus souvent concernait l'impossibilité de tous avoir la possibilité d'être acteur et de ne pas simuler plus de consultations à chaque séance.

La majorité des étudiants ayant été observateurs et n'ayant pas participé activement aux consultations ont considéré que ces séances leur ont été bénéfiques en termes de communication. *« Ça a été aussi bénéfique pour moi en tant qu'observatrice. » (E3)* Elles leur ont permis de se remettre en question, en se projetant et en se comparant aux internes qui ont été acteurs, ainsi que de mieux retenir les connaissances purement médicales. Dans l'ensemble ils ont trouvé être plus détendus que s'ils avaient été acteurs. Mais, le fait d'être acteur leur aurait permis de mieux retenir les différents enseignements en matière de communication. *« Quand on fait par la pratique, ça nous marque plus, on fait marcher l'émotion, on retient mieux les choses. » (E4)*

Concernant le débriefing

Le débriefing en groupe après chaque simulation de consultation est la partie de la séance qui a été jugée indispensable.

Les étudiants ont trouvé qu'il s'agissait d'un temps d'analyse convivial, bienveillant, très renforçant et positif. Tous les participants ont pu exprimer leur opinion sans émettre de jugements négatifs.

La présence des internes en DES 2 a été vécue comme un avantage lors du débriefing. Ayant plus d'expérience et une vision plus construite de la manière de conduire un entretien, cela leur permet de donner un feedback au médecin sur sa manière de mener la discussion, sans être dans le jugement. *« C'est bien qu'il y ait des internes plus âgés, parce qu'ils ont une vision plus construite que nous. C'est cool d'avoir une vision de quelqu'un de plus expérimenté que nous mais qui n'est pas un enseignant. » (E11) « Ils sont plus protecteurs. A vouloir nous apprendre comme ils sont un peu plus grands que nous. » (E10)*

L'aspect « transgénérationnel » et la pluralité des points de vue ont été retenus par tous les étudiants qui ont jugé cela comme bénéfique.

Concernant la grille de communication

La grille d'évaluation de la communication a aussi fait l'objet de nombreuses remarques. *« Le formulaire était difficile à remplir » (E1)* sans le connaître au préalable, avec des niveaux de réponses trop semblables. Cette grille a semblé *« pas adaptée à toutes les situations » (E1).*

Pour certains, elle ralentissait le débriefing, qui a perdu en naturel et en fluidité avec le recours en détail à la grille d'évaluation. *« Le fait de remplir la grille c'est fastidieux.» (E4)*

En revanche, elle permet de donner un cadre, une structure, une trame avec les éléments indispensables à ne pas oublier pour adopter une communication efficace lors d'une consultation. *« Savoir ce que l'on doit rechercher. » (E5) « Voir tous les éléments qu'il faut aborder en consultation.» (E2) « Ça permet de se structurer un peu.» (E4)*

Pouvoir réaliser une auto évaluation et la confronter à une hétéro évaluation de la part des observateurs a été jugé intéressant pour se remettre en question et progresser.

Concernant la présence du psychologue

La présence du psychologue (et des étudiants en psychologie lors de la deuxième séance) a été très appréciée.
Son domaine de connaissance différent de celui des autres participants (médecin généraliste) lui permet d'avoir une analyse et un point de vue différent, centré sur l'analyse de la communication, qui est l'objet de ces séances de simulation. Il se focalise sur l'aspect relationnel, analyse des comportements et de la communication non verbale alors que

d'instinct les autres participants, qui ont sensiblement le même mode de pensée lié à leur formation, vont plutôt analyser le contenu que la forme de la consultation. *« Ça apporte une profondeur d'analyse. »* (*E4)*

Le psychologue va pouvoir en même temps, sans émettre de jugement, avoir une analyse à la fois du patient et du médecin sur leur manière de communiquer mais aussi sur le fond et l'utilisation fréquente de jargon médical qui serait non comprise par le patient par exemple.

Ses interventions ont été jugées pertinentes et enrichissantes par les étudiants, « *parce qu'il a une autre vision des choses que nous médecins, et ça peut nous apporter des outils supplémentaires. » (E11) « De la communication non verbale » (E1)*

La nécessité de la présence d'un psychologue et si possible de professionnels non médecins, afin de diversifier les points de vue a été exprimé par tous les étudiants.

Concernant le contexte ambulatoire

Le déroulement des séances de simulation dans un pôle de santé, ne dépendant ni de la faculté ni du CHU, n'est pas un élément qui a été évoqué spontanément par les étudiants en entretien.

Les étudiants ont apprécié de se trouver dans un réel lieu de consultation, neutre, permettant une immersion totale. Pour certains la faculté a une connotation trop scolaire, officielle, trop en lien avec les examens, et pour d'autre c'est l'hôpital qui a une connotation négative, liée à des critiques pas toujours constructives et une ambiance de travail délétère. *« C'est mieux, le fait d'arriver à la fac, c'est stressant, c'est la fac où j'ai passé les ECN, ça te raccroche aux études, au stress. »* (*E7*) « *A l'hôpital c'est mon avis, il y a beaucoup de critiques négatives. J'ai trouvé ça violent. » (E1)*

Concernant la mise en pratique après les séances

L'ensemble des étudiants ont reconnu avoir porté plus d'attention à leur communication en consultation et avoir mis en pratique des conseils donnés lors de la séance de simulation.

La grille de communication leur a permis de se remémorer les différentes parties d'un entretien et les compétences à acquérir. *« J'y repense, quand je suis en consultation, je repense à cette grille. » (E2)*

Cette attention a porté notamment sur leur façon de se présenter, l'accueil du patient, la reformulation des propos du patient, les explications délivrées au patient, leur gestuelle et leur posture.

Concernant une possible généralisation

L'ensemble des étudiants a évoqué spontanément souhaiter une généralisation de ce type de séance de simulation.

Ils ont exprimé l'importance de garder la participation volontaire de la part des étudiants et de ne pas rendre obligatoire d'être acteur.

L'implication de vrais patients est une proposition qui est revenue fréquemment au cours des entretiens.

Pour les étudiants il est important de conserver des sujets de médecine générale, orientés vers la pratique en libéral et de varier les situations cliniques.

Entretiens avec les DES 2

Les entretiens avec les internes de DES 2 qui étaient les patients simulés, ont porté sur les mêmes thèmes que les entretiens avec les internes de DES 1.

Leur avis était concordant concernant le déroulement des séances de simulation, le recours à la vidéo, le débriefing et la présence du psychologue.

Concernant leur rôle d'acteur, comme les internes DES 1, leur avis était partagé. En effet ils pensent que cela peut être une aide, car ils peuvent guider la consultation et aider l'étudiant médecin en cas de difficulté. Mais, le fait d'avoir des connaissances médicales peut être un biais. En effet, si le médecin utilise plus de termes techniques, les informations délivrées seront quand même comprises par le patient simulé. Enfin, ils estiment aussi que le médecin acteur pourrait se sentir jugé sur ses connaissances par ses pairs.
Il est donc important pour eux comme pour les internes en DES 1 de ne pas divulguer leur statut avant les séances de simulation.

Se mettre à la place du patient leur a permis de voir la réaction d'autres médecins et de comparer leurs propres pratiques. Cela leur a permis de sortir de leur fonctionnement habituel et d'apprendre sur leur propre communication. Ils pensent que cela peut leur permettre de s'améliorer*. « C'est bien, on peut voir la réaction des autres, et a posteriori comment améliorer un petit peu la relation, comment améliorer la compréhension, le dialogue entre le médecin et le patient. » (EA)* Un des deux patients simulés a pu se mettre en partie à la place du patient. *« C'est super parce qu'on est face à un médecin, un interne, qui a ses propres représentations, qui a sa propre idée de la consultation, et il nous fait émerger des choses, en tant que patient. » (EB) « Il y a une des deux consultations, elle m'a vraiment convaincue, même moi en tant qu'interne » (EB)*

Ils ont également souligné l'importance de réaliser une formation préalable comme nous l'avions proposé, afin de comprendre et connaître leur rôle.

Enfin ils ont rappelé l'importance d'informer au préalable les acteurs médecins sur le sujet des consultations simulées afin de focaliser leur intérêt sur la communication et non sur l'aspect biomédical.

Discussion

Elaboration des séances

L'apport pédagogique de la simulation est indéniable. Mais la préparation est complexe et chronophage. Que ce soit de l'écriture des scénarios, à l'organisation des séances, en passant par le recrutement et la convocation des étudiants. Les séances se déroulent en petits groupes de cinq ou six internes, en présence de deux enseignants. Le ratio enseignants / enseignés est donc en défaveur de cette modalité pédagogique. Ce ratio étant déjà faible à la faculté de médecine de Nice (12 enseignants au DERMG pour 76 internes en première année), en cas de généralisation, il faudrait trouver d'autres enseignants. Une solution envisageable serait d'impliquer les Maîtres de Stage des Universités (MSU), qui représentent un pool plus important d'enseignants (74 MSU pour la phase socle). Cela faciliterait la mise en place des séances de simulation tout en impliquant les MSU, et favorisant la promotion de leur activité.

Seulement deux séances de simulation ont pu être réalisées, en présence de 11 internes de première année. Les étudiants étant peu nombreux notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la promotion. Il existe un biais de recrutement, la sélection des participants s'étant faite sur la base du volontariat. En DES 1 avec la réforme des maquettes de médecine générale, les étudiants sont soit en stage aux urgences, soit en stage en ambulatoire en médecine générale. Tous les participants pour des raisons de disponibilité probablement étaient en stage de niveau 1 chez le médecin généraliste. La communication n'a donc pas pu être évaluée chez des étudiants en stage aux urgences.

Déroulement des séances

L'ensemble des étudiants est satisfait de ces séances de simulation et souhaite généraliser le dispositif en première année d'internat. Ils ont insisté sur l'intérêt de ce type de formation dans leur cursus.

Les aspects des séances de simulation appréciés par les étudiants sont ceux déjà décrits dans la littérature comme essentiels à l'apprentissage de la communication : recours à la vidéo, travail en petit groupe, réalisation d'un débriefing en groupe, recours à des acteurs (7,8).

Faire appel à des internes de deuxième année pour être les patients simulés est une innovation pédagogique que nous n'avons pas retrouvée dans d'autres publications. Les avantages sont l'absence de coût pour la faculté et le possible apport pédagogique pour ces

étudiants. En effet se mettre à la place d'un patient pourrait permettre d'améliorer son empathie et développer sa compétence communication centrée patient.

Nous voulions évaluer l'apport pour les internes de deuxième année de se mettre à la place du patient. Pour nos deux patients simulés, cela a été perçu différemment. L'un des deux a pu en partie se mettre à la place du patient, et cela face à l'acteur médecin le plus compétent en communication. Alors que l'autre patient simulé était dans la comparaison entre sa pratique et celle de l'acteur médecin. Il n'a pas parlé de son ressenti en tant que patient. Cela pourrait être intéressant d'évaluer à grande échelle, l'apport pour l'interne de se mettre à la place du patient lors de séances simulées.

Une étude comparant l'enseignement par des pairs (étudiant de la même spécialité ayant un an ou plus d'expérience) à celui dispensé par des enseignants a montré que la satisfaction des étudiants était aussi élevée avec les pairs qu'avec les enseignants (22). Elle présente les étudiants en dernière année comme une ressource rentable et valable pour l'enseignement. C'est également ce que montre notre étude, les internes en première année apprécient la présence des internes plus expérimentés lors du débriefing. Selon une autre étude, lors du débriefing, la présence d'étudiants plus âgés et plus expérimentés est un atout pour les internes en première année et pour leurs ainés (23).

Nous nous sommes aperçus que les patients simulés ont évoqué le fait qu'il semblait plus difficile de s'intéresser à la communication si le sujet de la consultation était complexe. Ce point n'a pas été soulevé par les internes de première année. En cas de généralisation de ce type de séance, il faudrait simuler des consultations à motifs simples, afin de traiter la communication en consultation, sans obstacles biomédicaux.

Tous s'accordent pour dire qu'afin que cela fonctionne il est important que les étudiants ne sachent pas que les patients sont des pairs. Sur une étude à plus grande échelle ou si un tel programme était généralisé à l'ensemble des étudiants cela serait impossible à dissimuler.

Autre particularité de notre étude, la présence d'un psychologue lors des séances de simulation. L'apport d'une vision différente de la consultation, centrée sur la communication et la relation est appréciée des étudiants. L'intérêt a semblé plus important en présence des étudiants en psychologie et pas seulement du psychologue enseignant. Pour l'OMS développer l'enseignement pluriprofessionnel permet de développer une pratique collaborative pour une meilleure santé de la population (24). L'enseignement pluriprofessionnel représente également un apport pour les étudiants. Il permet de rencontrer les autres professionnels de santé, déconstruire les représentations, découvrir les compétences des autres professionnels et travailler en collaboration (25). Il serait intéressant

d'impliquer d'autres professionnels de santé (infirmières par exemple) afin de travailler les habiletés communicationnelles et relationnelles avec les autres professionnels. Habiletés qui font partie de la compétence professionnalisme du médecin généraliste.

Nous avons évoqué l'idée que les séances en dehors de la faculté, pouvaient promouvoir l'exercice ambulatoire. Les participants n'ont pas relevé cette idée lors des entretiens. Pour eux, peu importe le lieu de la séance, il suffit que les locaux soient équipés d'une salle de consultation intime filmée, avec retransmission en direct de la vidéo dans une salle de réunion. Une priorité pour la faculté est d'avoir un centre de simulation adapté comme défini par l'HAS dans le guide de bonnes pratiques en matière de simulation (11).

Evaluation des séances

Lors des séances de simulation, l'ensemble des participants a été invité à remplir la grille d'évaluation de la communication, inspirée du guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale. L'utilisation du guide de Calgary Cambridge est une force dans cette étude. En effet ce guide est un outil pédagogique reconnu comme un support de formation et d'évaluation de la communication intégrée dans la démarche clinique (2,17). La relecture de ces grilles nous a permis de calculer des taux d'accord entre les différents participants et les auto et hétéro évaluations.

Les enseignants bien que de formations différentes avaient un taux d'accord de 79%. La concordance entre eux en fait un possible recours pour l'évaluation des étudiants grâce à une grille d'évaluation validée. L'utilisation d'une grille validée pour l'évaluation telle que le guide Calgary Cambridge pourrait être utilisée pour une évaluation formative mais également sommative (ou sanctionnante).
Dans la littérature, les patients standardisés, formés, sont reconnus comme des évaluateurs fiables (26). En revanche, dans notre étude l'hétéro évaluation de la communication par les patients simulés était moins fiable (taux d'accord de 64%). En effet les patients standardisés sont aptes à évaluer les étudiants car ils ont bénéficié au préalable d'une formation dédiée, et peuvent devenir experts dans un domaine (18). Dans notre étude, nous avons eu recours à des patients simulés, pas standardisés, qui eux, n'ont pas été formés à l'évaluation. Il pourrait être intéressant d'évaluer sur une nouvelle cohorte de patients simulés, formés spécifiquement à l'évaluation de la communication.

A terme il pourrait être intéressant, de former des patients experts à être des patients simulés. Les patients experts sont des patients, experts de leur maladie, qui après une formation adéquate peuvent participer à l'enseignement auprès d'autres patients et

d'étudiants en santé, notamment dans le cadre de la relation médecin/patient. Cette modalité pédagogique est en train d'apparaitre dans les facultés de médecine en France (27).

Selon le modèle de Kirkpatrick (28), l'évaluation d'une formation se fait selon quatre niveaux : les réactions (satisfaction des apprenants), l'apprentissage (de connaissances et de compétences), les comportements (le transfert dans la pratique des connaissances et compétences acquises) et les résultats (l'impact sur la prise en charge des patients).
Notre étude permet d'évaluer le premier niveau de ce modèle, soit la satisfaction des apprenants. Elle évalue de façon indirecte l'apprentissage et le transfert dans la pratique des acquis, sur le mode déclaratif, par le biais des entretiens avec les étudiants. L'impact sur les patients pourrait être évalué, mais sur une étude à long terme, avec un suivi de ces jeunes médecins sur plusieurs années post doctorat.

Perspectives

La réforme prochaine du deuxième cycle des études de santé, prévoit d'évaluer les étudiants en sixième année sur leurs compétences cliniques et relationnelles, notamment avec la mise en place des Examens Cliniques Objectifs et Structurés (ECOS) (29,30). Les séances de simulations utilisées dans ces ECOS devront donc être déployées en grand nombre et standardisées pour permettre une évaluation des étudiants, fiable et reproductible. Dans notre étude, les séances mises en place permettent d'entrevoir l'utilisation d'étudiants pairs plus âgés pour ces stations ECOS.

La communication est essentielle au développement d'une approche centrée patient. Son apprentissage doit être intégré au curriculum et se développer le plus tôt possible dans la formation initiale. Le recours aux patients simulés, l'implication des pairs et l'interprofessionnalité sont des éléments soulignés et appréciés par les étudiants.
D'autres travaux devront être réalisés concernant la possibilité d'évaluation par les pairs patients simulés pour des évaluations sanctionnantes, l'apport de l'interprofessionnalité dans l'apprentissage de la communication et l'impact sur la pratique des étudiants afin de pouvoir intégrer ces séances au curriculum des étudiants en médecine.

Bibliographie

1. World Health Organization. Doctor-Patient Interaction and Communication. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization; 1993. Report No.: WHO/MNH/PSF/93.11.

2. Richard, Claude, Lussier, Marie-Thérèse. La communication professionnelle en santé. 2° édition. ERPI; 2016.

3. Haute Autorité de Santé - Démarche centrée sur le patient: information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. [cité 30 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf

4. Côté L, Hudon E. L'approche clinique centrée sur le patient: des principes et des pratiques adaptées. In: La communication professionnelle en santé 2° édition. ERPI Médecine; 2016. p. 135-47.

5. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo l u m e. :8.

6. Arrêté du 18 octobre 2017 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2017-2018 | Legifrance [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035871907&categorieLien=id

7. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? Patient Education and Counseling. sept 2009;76(3):361-7.

8. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.

9. Engler CM, Saltzman GA, Walker ML, Wolf FM. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. J Med Educ. juill 1981;56(7):572-9.

10. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;21(6):563-70.

11. Haute Autorité de Santé - Evaluation et amélioration des pratiques. Guide de bonne pratique en matière de simulation en santé. [Internet]. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_format2clics.pdf

12. Haute Autorité de Santé - Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

13. Cuenot S, Cochand P, Lanares J, Feihl F, Bonvin R, Guex P, et al. L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. Pédagogie Médicale. nov 2005;6(4):216-24.

14. Castillo JM, Hardouin JB, Planchon B, Pottier P. Développement des habiletés sémiologiques et relationnelles : Implantation d'un dispositif pédagogique recourant à des patients standardisés pour les étudiants en troisième année à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. 1 nov 2015;16(4):205-17.

15. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does Simulation-based Medical Education with Deliberate Practice Yield Better Results than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence. Acad Med. juin 2011;86(6):706-11.

16. Caroline Armengau. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale. Opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. [Nice]: Université Nice Sophia Antipolis; 2011.

17. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic medecine, vol 78, n°8. 2003;802-9.

18. Boet S, Granry J-C, Savoldelli G. La simulation en santé: de la théorie à la pratique. Springer Science & Business Media; 2013.

19. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in undergraduate communication training. BMC Med Educ. 24 oct 2015;15.

20. Université de Fribourg, faculté des sciences. Programme du patient standardisé. Manuel d'orientation pour les patients standardisés. 2011.

21. Cleland JA, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. Med Teach. juin 2009;31(6):477-86.

22. Mills JK, Dalleywater WJ, Tischler V. An assessment of student satisfaction with peer teaching of clinical communication skills. BMC Medical Education. déc 2014;14(1).

23. Cate OT, Durning S. Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. Medical Teacher. 2007;29(6):591-9.

24. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. :64.

25. Fiquet L, Huge S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble.La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale. mai 2015;16(2):105-17.

26. Pottier P, Castillo JM, Boet S, le Pabic E, Hardouin JB. Validation d'une grille d'évaluation des compétences cliniques utilisée par des patients standardisés. La Revue de Médecine Interne. 1 déc 2016;37(12):802-10.

27. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, Marchand C. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. :19.

28. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs. Berrett-Koehler Publishers; 2009.

29. Ministère des solidarités et de la santé - Pour les étudiants et leurs futurs patients, des études médicales rénovées [Internet]. [cité 31 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705_-_dp_-_etudes_medicales_renovees.pdf

30. Dubois-Randé J-L, Hennion-Imbault Q. Mission deuxième cycle des études de médecine. 2017;112.

Annexe 1 : Guide d'évaluation de la communication

Il s'agit du guide d'auto évaluation de la communication utilisé par le DERMG pour l'évaluation de la communication des internes de médecine générale, d'après la thèse d'Armengeau Caroline (1), basée sur le guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale (2) et The Kalamazoo Consensus Statement (3). Cochez la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de la communication lors de la consultation.

Date :

Scénario : □ Scénario 1 : Lombalgies □ Scénario 2 : Pilule

Vous êtes : □ Interne DES 1 jouant le médecin □ Interne DES 1 observateur □ Interne DES 2 acteur □ Interne DES2 observateur □ Animateur

Débuter l'entretien	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue				
S'assurer que le patient est "à l'aise" et agir en cas d'inconfort évident				
Explorer les raisons de la visite				
Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre				
Annoncer le déroulement de la consultation				
Recueillir les informations	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées				
Clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions				
Obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic				
Explorer le contexte personnel du patient	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Recueillir des éléments sur son contexte de vie				
Permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations				
Accueillir les points de vue et émotions du patient et fournir du soutien				

Echanger l'information	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Donner des explications claires en évitant tout jargon médical				
S'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte				
Encourager le patient à poser des questions				
Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Encourager le patient à donner son point de vue				
S'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre				
Envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives				
Discuter d'un plan mutuellement acceptable				
Terminer la consultation	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et de poser des questions				
Vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations				
Résumer la discussion				
Proposer le maintien du contact				
Comportement non verbal	Satisfait	Peu Satisfait	Non satisfait	Ne s'y prête pas
Contact visuel avec le patient				
Postures, positions et mouvements				
Indices vocaux				
Façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication				

1. Armengau C. Evaluation de sa compétence de communicateur en médecine générale: opinions d'internes en Médecine Générale sur l'autoévaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2011.

2. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic medecine, vol 78, n°8. 2003;802-9.

3. Makoul G, H. Brunett P, L. Campbell T, Cole-Kelly K, Danoff D, Frymier R, et al. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Vol. 76. 2001. 390 p.

Annexe 2 : Consentement vidéo

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

P S 3 M

Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix (Personne majeure ou mineure émancipée)

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre du projet spécifié ci-dessous, étant entendu que les objectifs de ce projet ont été préalablement expliqués au majeur.

Désignation du projet audiovisuel

Projet pédagogique concerné :

Thèse de MARGO Christelle
« Opinions d'internes en médecine générale sur un enseignement par la simulation en milieu ambulatoire »

Nom et adresse de l'établissement :

UNCA – Faculté de médecine générale – Département d'enseignement et de recherche en médecine générale - 28 avenue Valombrose 06107 Nice
PS3M - 19 avenue Matin Luther King 06200 Nice

Modes d'exploitation envisagés

Enregistrement en ligne par Youtube-live.

Projection collective lors du débriefing.

Enregistrement conservé à usage pédagogique et à des fins de recherche uniquement, pendant un an.

Autorisation du majeur

Vu le Code civil, en particulier son article 9, sur le respect de la vie privée,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,

La présente autorisation est soumise à votre signature, pour la fixation sur support audiovisuel et la publication de votre image et/ou de votre voix dans le cadre du projet désigné au paragraphe 1 et pour les modes d'exploitation désignés au paragraphe 2.

L'enregistrement de votre image/votre voix sera réalisé sous l'autorité de
(nom du producteur ou du bénéficiaire de l'autorisation/statut juridique/adresse) : MARGO Christelle

L'enregistrement aura lieu aux dates/moments et lieux indiqués ci-après :

Date(s) d'enregistrement : _____

Lieu(x) d'enregistrement : Pole de santé des moulins, 19 avenue Martin Luther King, 06200 Nice

Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive. Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation, s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'enregistrement de votre image et/ou de votre voix susceptible de porter atteinte à votre dignité, votre réputation ou à votre vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Dans le contexte pédagogique défini, l'enregistrement ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

Je soussigné(e) *(prénom, nom)*……

déclare être majeur(e) - mineur(e) émancipé(e) (rayez la mention inutile)

Je reconnais être entièrement investi(e) de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, voire de mon nom.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de mon image et/ou de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant : ☐ OUI ☐ NON

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à : ..... **Signature du majeur ou du mineur émancipé :**

Le (date) : .....

Annexe 3 : Guide d'entretien interne DES 1

Bonjour, je m'appelle Christelle Margo, je suis actuellement remplaçante non thésée en médecine générale et je prépare ma thèse.
L'objectif de ce travail est de recueillir vos opinions sur un enseignement à la communication, par l'intermédiaire de séance de simulation en milieu ambulatoire.
Vous avez d'ailleurs déjà participé à une de ces séances de simulation et je vous en remercie.
Si vous acceptez, nous allons maintenant avoir un entretien pour parler de cette séance, afin que vous puissiez exprimer votre avis.
Votre anonymat sera préservé. Vous avez la possibilité d'interrompre cet entretien à tout moment.
Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré.
Avant de commencer, je dois vous demander votre consentement, et vous faire signer un formulaire de consentement.

Thème 1 : La participation

Question : Vous avez participé à une séance de simulation, qu'est-ce qui vous a amené à participer à cette séance ?
Relance : Est-ce que le fait que cela vous rapporte 3 crédits complémentaires a compté dans votre décision ?

Je me demande ce qui les a poussés à accepter de participer à cette séance de simulation : le sujet qu'il trouvait intéressant, le format, les 3 crédits complémentaires, le fait qu'on les ai relancés plusieurs fois …

Thème 2 : La séance de simulation

Question : Maintenant que je sais pourquoi vous avez accepté de participer à cette étude, pouvez-vous me dire ce que vous avez pensé de cette séance de simulation ?
Relance : Qu'avez-vous trouvé de positif ? De négatif ?

Je me demande si le fait que cela se passe en ville, qu'ils y aient des internes plus âgés comme acteurs, d'être filmé, que tous les internes n'aient pas eu l'occasion d'être acteurs sont perçus comme des points positifs ou au contraire négatifs. Je pense que le recours à la simulation, le travail sur la communication, le débriefing seront considérés comme des points positifs comme déjà décrit dans la littérature.

Question : Par rapport à d'autres enseignements à la communication que vous avez eu précédemment, quelles étaient les spécificités de celui-ci ?
Relance : Quelles sont les différences par rapport aux séances de simulation que vous avez déjà eu pendant l'externat ? Le sujet ? La forme ?
Si jamais eu de simulation pendant l'externat : Quelles sont les différences par rapport aux enseignements à la communication que vous avez eu précédemment ? Le sujet ? La forme ?

Je me demande ce qu'ils ont trouvé comme spécificités à cette séance de simulation par rapport à d'autres qu'ils auraient pu avoir préalablement dans leur cursus.

Je souhaite savoir si le fait que cela se déroule en ambulatoire, le recours à la vidéo ou en encore la présence « d'internes-acteurs » plus âgés vont être évoqués.

Thème 3 : L'ambulatoire

Question : Vous avez évoqué le fait que cela se déroule en ville et non à l'hôpital ou à la faculté, qu'en pensez-vous ?
(Modifié en : Qu'avez-vous pensé du fait que cela se déroule en ville et non à l'hôpital ou à la faculté ?)
Relance : Les avantages ? Les inconvénients ?

Je me demande si le fait d'être dans un vrai bureau de consultation (environnement proche de la réalité) et non dans une salle avec une vitre teintée, un amphithéâtre ou une salle de cours est perçu comme un avantage et un moyen de se mettre plus facilement en situation ou si au contraire le fait de ne pas connaître l'environnement et de ne pas avoir de repères ait pu perturber les étudiants qui ont accepté d'être acteurs.
Je me demande également si le trajet, le quartier inconnu ont également pu être un frein.

Thème 4 : La vidéo

Question : Qu'avez-vous pensé du fait que la séance de simulation soit filmée ?

Je me demande si les internes acteurs ont été gênés par la présence de la vidéo ou s'ils ont pu oublier sa présence, si le visionnage leur a permis de prendre conscience de leurs propres comportements ou encore si le fait de ne pas être dans la même pièce que les observateurs les a aidés. Pour les observateurs, je me demande s'ils ont trouvé intéressant l'usage de la vidéo.

Thème 5 : La présence d'internes plus âgés

Question : Qu'avez-vous pensé de la présence d'internes plus âgés lors de cette séance ?
Relance : Dans leur rôle de patient ? Lors du débriefing ?

Je me demande si avoir comme patient un collègue médecin a été perçu comme un obstacle par les internes acteurs, ainsi que si le retour d'un collègue avec plus d'expérience a pu sembler utile aux étudiants lors du débriefing.

Thème 6 : Le débriefing en groupe

Question : Qu'avez-vous pensé du débriefing en groupe ?
Relances : Qu'avez-vous retiré du débriefing ? *Pour les étudiants observateurs :* Pensez-vous que cela aurait été plus intéressant pour vous si vous aviez été acteur ? Trouvez-vous que le fait de s'aider de la grille de communication inspirée de la grille de Calgary soit intéressant ? La présence d'un psychologue vous a-t-elle semblée utile ?

La littérature a montré que le débriefing est apprécié des étudiants et constitue le temps d'apprentissage et d'analyse de la situation et des compétences.
Je me demande si les étudiants observateurs ont bénéficié du débriefing de la même façon que les étudiants acteurs. Lors du débriefing, la grille de communication, inspirée de la grille de Calgary a été utilisée, je me demande ce qu'on en pensé les étudiants, utile ? trop redondant ?

Enfin le débriefing ayant été fait en présence d'un psychologue (et lors de la deuxième séance d'étudiants en psychologie), je me pose la question de savoir si les internes ont trouvé cela utile et enrichissant d'avoir un regard différent.

Thème 7 : La mise en pratique

Question : Sur le plan personnel, que pensez-vous que cette séance vous ait apportée ?

Je me demande si les internes participants ont ressenti un bénéfice à la suite de cette séance de simulation, et de quel ordre.

Question : Avez-vous porté plus d'attention à votre communication depuis la séance de simulation ?
/ Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique des techniques de communication dans vos consultations ?
Relance : A quoi avez-vous porté plus d'attention ? Qu'avez-vous pu appliquer ?

Je me demande si depuis la séance de simulation, les internes ont eu l'occasion de mettre en pratique des techniques de communication abordés en débriefing et s'ils ont porté plus d'attention à leur communication dans les suites de cette séance.

Thème 8 : Suggestions

Question : Pensez-vous que ce genre de séance soit intéressante à généraliser pour les internes de DES1 ? Pourquoi ?

Question : Quelles seraient vos suggestions pour les améliorer ?

Annexe 4 : Guide d'entretien interne DES 2

Bonjour, je m'appelle Christelle Margo, je suis actuellement remplaçante non thésée en médecine générale et je prépare ma thèse.
L'objectif de ce travail est de recueillir vos opinions sur un enseignement à la communication, par l'intermédiaire de séance de simulation en milieu ambulatoire.
Vous avez d'ailleurs déjà participé à ces séances de simulation et je vous en remercie.
Si vous acceptez, nous allons maintenant avoir un entretien pour parler de ces séances, afin que vous puissiez exprimer votre avis.
Votre anonymat sera préservé. Vous avez la possibilité d'interrompre cet entretien à tout moment.
Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré.
Avant de commencer, je dois vous demander votre consentement, et vous faire signer un formulaire de consentement.

Thème 1 : La participation

Question : Vous avez participé à deux séances de simulation, qu'est-ce qui vous a amené à participer à ces séances ?
Relance : Est-ce que le fait que cela vous rapporte 6 crédits complémentaires a compté dans votre décision ?

Je me demande ce qui les a poussés à accepter de participer à ces séances de simulation : le sujet qu'il trouvait intéressant, le format, les 6 crédits complémentaires…

Thème 2 : La séance de simulation

Question : Maintenant que je sais pourquoi vous avez accepté de participer à cette étude, pouvez-vous me dire ce que vous avez pensé de cette séance de simulation ?
Relance : Qu'avez-vous trouvé de positif ? De négatif ?

Je me demande si le fait que cela se passe en ville, le fait de se mettre à la place du patient seront considérés comme positifs ou au contraire négatifs. Je pense que le recours à la simulation, le travail sur la communication, le débriefing seront considéré comme des points positifs comme déjà décris dans la littérature.

Thème 3 : L'ambulatoire

Question : Vous avez évoqué le fait que cela se déroule en ville et non à l'hôpital ou à la faculté, qu'en pensez-vous ? (
Relance : Les avantages ? Les inconvénients ?

Je me demande si le fait d'être dans un vrai bureau de consultation (environnement proche de la réalité) et non dans une salle avec une vitre teintée, un amphithéâtre ou une salle de cours est perçu comme un avantage et un moyen de se mettre plus facilement en situation ou si au contraire le fait de ne pas connaître l'environnement et de ne pas avoir de repères est pu perturber les étudiants qui ont accepté d'être acteurs.
Je me demande également si le trajet, le quartier inconnu ont également pu être un frein.

Thème 4 : La vidéo

Question : Qu'avez-vous pensé du fait que la séance de simulation soit filmée ?

Je me demande si'ils ont été gêné par la présence de la vidéo ou s'ils ont pu oublier sa présence, si le visionnage leur a permis de prendre conscience de leurs propres comportements ou encore si le fait de ne pas être dans la même pièce que les observateurs les a aidé.

Thème 5 : Le fait de se mettre dans la peau du patient

Question : Qu'avez-vous pensé du fait de vous mettre dans la peau du patient ?
Qu'avez-vous pensé du fait de jouer les patients simulés ?
Relance : Dans leur rôle de patient ? Lors du débriefing ?

Je me demande si se mettre dans la peau du patient leur a apporté quelque chose en termes de communication, de compréhension de la relation centrée patient. .

Thème 6 : Le débriefing en groupe

Question : Qu'avez-vous pensé du débriefing en groupe ?

La littérature a montré que le débriefing est apprécié des étudiants et constitue le temps d'apprentissage et d'analyse de la situation et des compétences.
Lors du débriefing, la grille de communication, inspirée de la grille de Calgary a été utilisée, je me demande ce qu'on en pensé les étudiants, utile ? trop redondant ?
Enfin le débriefing ayant été fait en présence d'un psychologue (et lors de la deuxième séance d'étudiants en psychologie), je me pose la question de savoir si les internes ont trouvé cela utile et enrichissant d'avoir un regard différent.

Thème 7 : La mise en pratique

Question : Avez-vous porté plus d'attention à votre communication depuis la séance de simulation ?
/ Avez-vous eu l'occasion de mettre en pratique des techniques de communication dans vos consultations ?
Relance : A quoi avez-vous porté plus d'attention ? Qu'avez-vous pu appliquer ?

Je me demande si depuis la séance de simulation, les internes ont eu l'occasion de mettre en pratique des techniques de communication abordés en débriefing et s'ils ont porté plus d'attention à leur communication dans les suites de cette séance.

Question : Sur le plan personnel, que pensez-vous que cette séance vous est apportée ?

Je me demande si les internes participants ont ressenti un bénéfice à la suite de cette séance de simulation, et de quel ordre.

Thème 8 : Suggestions

Question : Pensez-vous que ce genre de séance soit intéressante à généraliser pour les internes de DES1/DES2 ? Pourquoi ?

Question : Quelles seraient vos suggestions pour les améliorer ?

Annexe 5 : Scénario 1 :« Prescription d'une première contraception chez la femme jeune »

Vous êtes Marie Dupont, une jeune patiente de 18 ans.

Vous consultez un nouveau médecin à la suite de votre déménagement, pour une première prescription de pilule.

- Comportement : sait ce qu'elle veut. Répond facilement aux questions qu'on lui pose mais interrompt le médecin. Langage plutôt familier. Tenue vestimentaire « jeune », un peu provocante.

- Contexte social, professionnel :
  - Niveau d'étude faible : actuellement en CAP vente, en stage dans une boulangerie
  - Emménagement récent dans le quartier après être partie de chez ses parents
  - 1 sœur ainée
  - Parents mariés, père mécanicien dans un garage automobile et mère assistante maternelle à domicile.

- Antécédents :
  - Personnels :
    - Médicaux : 0
    - Chirurgicaux :
      - Appendicectomie à 8 ans,
      - Fracture du poignet droit à 10 ans
    - Gynécologiques :
      - Premières règles à 11 ans,
      - G0P0,
      - Actuellement pas de contraception
    - Vaccins à jour. Vaccin HPV non fait
    - Pas de traitement en cours, à part prise ponctuelle de paracétamol ou d'AINS
    - Toxiques : pas de tabagisme, OH occasionnel
    - DDR il y a 15 jours
    - Premier rapport à l'âge de 17 ans
    - Poids : 50 kg / Taille : 1m65
  - Familiaux :
    - Cancer colo rectal grand-père paternel
    - DT2 grand-mère maternelle
    - Phlébite grand-père maternel suite à une opération du genou
    - HTA chez 3 des grands parents.
    - Parents : 0
    - Sœur : 0

Après les formules de politesse d'usage, lorsque le médecin vous demande votre motif de consultation vous lui dites que vous voulez prendre la pilule.

Cela fait 6 mois que vous êtes avec votre copain, vous pensez que c'est sérieux cette fois ci et vous en avez marre de mettre des capotes.

- Si on vous interroge sur votre vie sexuelle :
  - Premier rapport à l'âge de 17 ans, avec le partenaire actuel.
  - Utilisation de préservatifs mais « des fois on oublie, ça me saoule ».
  - Pas de partenaires multiples ou de comportements à risque.
  - Partenaire régulier (qui lui a déjà eu des rapports avec une copine précédente) depuis 6 mois.
  - Vous n'avez jamais fait de dépistage sérologique, votre partenaire non plus.

- Si on vous interroge sur vos connaissances sur la contraception, vous savez :
  - Que c'est pour ne pas tomber enceinte, vous ne vous sentez pas prête, vous êtes trop jeune, vous voulez profitez de votre vie d'adolescente.
  - Que cela va vous permettre d'arrêter de mettre des préservatifs.
  - Vos copines prennent la pilule, initialement pour des problèmes d'acné, et elles vous ont dit de vous la faire prescrire.
  - Si on vous demande si vous connaissez d'autres moyens de contraception :
    - Vous avez lu sur internet qu'il y a le stérilet mais vous pensez que c'est réservé aux femmes plus âgées et que vous êtes trop jeune. Vous avez aussi peur que cela soit douloureux comme vous l'avez vu sur les forums.
    - Le reste vous ne savez pas trop vous n'avez pas vraiment fait de recherche.

- Si le médecin vous présente différents modes de contraception : vous l'écoutez vaguement, et l'interrompez en lui disant que « Moi c'est la pilule que je veux, comme mes copines ».
  - S'il vous parle de DIU, vous lui dites que vous avez lu sur internet que c'est réservé pour les femmes plus âgées, qui ont déjà des enfants. Vous avez également peur que ce soit douloureux.
  - S'il vous parle d'implants, vous lui dites que vous avez peur d'être gênée, que cela va se voir, que vous avez déjà peur des aiguilles alors poser l'implant dans le bras …
  - S'il vous parle de patchs : comme pour l'implant, vous avez peur que cela se voit et vous n'avez pas trop envie que vos parents soient au courant.
  - S'il vous parle d'anneau vaginal vous refusez, vous avez trop peur de mal le mettre et que ce soit gênant.
  - S'il vous parle d'autres moyens de contraception à utiliser à chaque rapport vous lui expliquez que vous ne voulez plus le préservatif car cela est trop contraignant et que cela reviendrait au même.
  - « Non moi c'est la pilule que je veux, comme ma sœur et mes copines ».

- Lorsque le médecin vous parle de pilule, vous écoutez et acquiescez.
  - S'il vous expose les risques : vous avez entendu dire qu'il y avait des risques pour le cerveau, mais que c'est pas toutes les pilules, c'est celle qu'on donne pour les boutons, alors vous en voulez une autre.
  - Vous avez quand même des interrogations :
    - Vous avez peur de prendre du poids.

  - Vous vous demandez si vous aurez encore vos règles.
  - Vous vous demandez si cela est efficace à 100%.
  - Vous vous interrogez sur le coût de la pilule.
  - Et finalement vous vous interrogez quand même sur ce que vous devez faire en cas d'oubli.

- Si le médecin vous pose la question des vaccins, vous êtes à jour de vos vaccins d'après votre mère. S'il vous demande spécifiquement si vous avez fait le vaccin pour HPV, vous lui répondez que votre mère ne le souhaitait pas et que d'après elle il suffit de faire des frottis régulièrement. S'il vous donne plus d'explications, vous lui dites que vous allez y réfléchir.

- Si le médecin vous demande si vous avez déjà fait des dépistages pour les IST : vous lui dites que non, vous ne comprenez pas pourquoi vous devriez étant donné que vous n'avez jamais eu de relations sexuelles avant votre copain actuel et que vous avez confiance en lui et que vous êtes sûre qu'il n'a rien. Vous râlez un peu mais acceptez finalement de le faire.

- Si le médecin souhaite vous examiner vous refusez. S'il insiste et essaye de vous convaincre vous finissez par accepter juste une prise de tension mais pas d'examen physique.

- <u>Examen clinique :</u>
  - TA 12/7
  - Examen sans particularité

Annexe 6 : Scénario 2 : « Lombalgie aigue chez un sujet jeune »

Vous êtes Pierre Deschamps, 25 ans.

Vous avez aidé un ami à déménager il y a 3 jours, et depuis vous êtes bloqué du dos.

Vous consultez donc un médecin pour avoir des antalgiques car le doliprane ne fait rien et vous n'êtes bien qu'allongé dans votre lit. Ce qui est d'ailleurs la seule chose que vous avez fait depuis ces 3 derniers jours ; rester au lit.

D'ailleurs vous souhaitez un arrêt de travail, sans trop insister. Si le médecin vous explique que cela n'est pas nécessaire, vous vous laissez convaincre sans trop de difficultés.

Vous souhaitez également faire une radiographie du dos parce que ce n'est pas la première fois que cela vous arrive et la première fois votre médecin avait refusé de vous faire faire une radio. Vous voulez savoir « pourquoi » vous avez mal au dos, et vous pensez que la radio pourrait vous aider à le savoir.

- Comportement : Calme, posé. Pose des questions, s'intéresse.

- Contexte social, professionnel :
  - Ingénieur dans l'agro-alimentaire
  - En couple depuis 4 ans
  - 1 fils de 1 an
  - Mode de vie sédentaire, pas d'activité sportive

- Antécédents :
  - Médicaux :
    - Colique néphrétique il y a 4 ans
    - Entorses des 2 chevilles (foot au collège et au lycée)
    - Lombalgies une fois il y a 6 ans à la suite d'un port de charge et résolutif spontanément en quelques jours
  - Chirurgicaux :
    - Adénoïdectomie à l'âge de 6 ans
    - Fracture du poignet gauche
    - Fracture de la cheville droite
  - Tabagisme : 3-4 cigarettes par jour
  - OH occasionnel

- Caractéristique de la douleur :
  - Douleur lombaire basse L4-L5
  - Sans irradiation
  - Douleur type mécanique : augmentée à l'activité, soulagée au repos, pas de réveils nocturnes, pas de dérouillage
  - Douleur impulsive à la toux et aux efforts de poussées
  - Douleur augmentée en position assisse prolongée et à l'effort
  - Soulagée en position allongée

- EV à 4/10 à la mobilisation, 2 au repos
- Non soulagée par prise de doliprane 3 fois par jour depuis 3 jours

- Examen clinique :
  - Constantes : TA 12/7, pouls 80, apyrétique
  - Position antalgique
  - « Blocage » avec limitation des mobilités
  - Pas de signes d'irradiation
  - Pas de déficit sensitif ou moteur, pas de troubles sphinctériens
  - Lasègue 45° bilatéral avec douleur lombaire
  - Douleur à la palpation des épineuses avec contractures paravertébrale lombaire bilatérale.

Annexe 7: Formulaire d'information et de consentement

Dans le cadre de ma thèse je réalise une étude qui porte sur le recueil d'opinions d'internes en médecine générale, sur un enseignement à la communication par la simulation, en milieu ambulatoire.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Les entretiens seront menés par moi-même, Christelle Margo et dureront environ 30 minutes.
Ces entretiens seront enregistrés de manière anonyme.
Les informations recueillies seront ensuite retransmises, toujours de façon anonyme et les enregistrements audios détruits.
L'analyse des retranscriptions sera faite par moi-même également.
Les résultats seront utilisés dans le cadre de ma thèse de médecine générale et peuvent éventuellement être publiés.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se base sur du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la retranscription de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Date :
Signature :

Annexe 8 : Questionnaire caractéristiques des participants

Sexe :

- F
- H

Stage actuel :

- DES 1 Urgences
- DES 1 Libéral
- DES 2 - précisez :

Participation antérieure à des séances de simulation lors de votre cursus :

- Oui
- Non

Participation au séminaire communication de DES1 :

- Oui
- Non

Avez-vous été acteur lors d'une de ces simulations :

- Oui
- Non

Faculté d'origine :

- Nice
- Autre

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

La communication en santé est essentielle à la qualité, la sécurité des soins, et au développement d'une approche centrée patient. Elle fait partie des compétences indispensables à acquérir lors de la formation initiale en médecine générale.
Cette étude décrit l'élaboration et l'évaluation de séances d'enseignement de la communication par la simulation de consultations en milieu ambulatoire, à destination des internes de première année de médecine générale.

Notre méthode pédagogique reposait sur la participation de patient simulés. Les consultations, avec l'interne de première année dans le rôle du médecin, étaient filmées et retransmises en directe. L'innovation résidait dans le fait que les patients simulés étaient des pairs internes en deuxième année de médecine générale. La communication du médecin était évaluée par l'intermédiaire du guide Calgary Cambridge : auto-évaluation et hétéro-évaluation par les enseignants et pairs observateurs. Les opinions des internes sur l'enseignement ont été recueillies par entretien semi directifs. Une analyse thématique de ces entretiens a ensuite été réalisée.

Deux séances de simulation se sont déroulées dans les locaux d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Nice, en présence d'internes de médecine générale, d'étudiants en psychologie, d'un enseignant en médecine générale et d'un psychologue. Concernant l'évaluation formative : l'hétéro-évaluation de la communication était concordante entre les enseignants alors que l'hétéro-évaluation réalisée par les pairs était plus hétérogène.
Les étudiants, très satisfaits de cet enseignement, souhaitent la généralisation de ces séances. Pour eux le recours aux patients simulés, l'environnement proche du réel, l'implication des pairs et l'inter-professionnalité sont des leviers à l'apprentissage de la communication.

La participation de patients simulés (pairs ou patients partenaires) à des évaluations sanctionnantes et l'impact sur la pratique des étudiants pourraient être évalués dans de prochains travaux de recherche sur l'apprentissage de la communication.

Mots clés : Simulation sur patients standardisés / Pédagogie / Médecine générale / Internes / Relation médecin-patient

Keywords : Patient simulation / Pedagogy / General practice / Residents / Physician-patient relation