



HAL
open science

Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes évaluent favorablement l'enseignement à la relation médecin-patient

Julie Sucche

► **To cite this version:**

Julie Sucche. Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes évaluent favorablement l'enseignement à la relation médecin-patient. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964236

HAL Id: dumas-02964236

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964236>

Submitted on 12 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue
publiquement

Par

Julie SUCCHE

le 17 octobre 2019

TITRE

Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes évaluent
favorablement l'enseignement à la relation médecin-patient

Directeur de thèse : Dr Sylvain PAVAGEAU

JURY

Président : Pr Denis MORIN (PU-PH)

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Pr Michel AMOUYAL (PU-MG)

Dr Agnès OUDE-ENGBERINK (MCU)

Dr Sylvain PAVAGEAU (MCA)

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue
publiquement

Par

Julie SUCCHE

le 17 octobre 2019

TITRE

Les internes de médecine générale de la faculté de Montpellier-Nîmes évaluent
favorablement l'enseignement à la relation médecin-patient

Directeur de thèse : Dr Sylvain PAVAGEAU

JURY

Président : Pr Denis MORIN (PU-PH)

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Pr Michel AMOUYAL (PU-MG)

Dr Agnès OUDE-ENGBERINK (MCU)

Dr Sylvain PAVAGEAU (MCA)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian

PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS :

Tout d'abord merci à Sylvain qui m'a soutenue et aidée tout au long du travail de thèse

Merci au Dr Morin, au Dr Amouyal et au Dr Oude-Engberink pour avoir accepté de participer à mon jury

Merci à ma mère, mon père, Charlie et Lila. Vous m'avez encouragée et toujours soutenue.

Merci à mamie pour ton aide et ta patience.

Je remercie Mathilde pour son amitié et sa bonne humeur contagieuse

Merci Emilie d'être toujours présente (façon de parler)

Merci Alex pour ton soutien et ta soif d'aventure

Merci à Blandine, Clémentine et Elea qui ont été des précieuses alliées

Merci à Neth, Marius et Auguste qui m'ont permis de bien voir combien ces études ont été longues !

Merci à mes colocs de choc Ambre et Ninon

Merci à Lili, Ilham, Cédric, Marta et Manon pour tous les bons moments partagés

Merci à Gaston, Fabienne, Olivier, Randa, Léocadie et Jeff, qui m'ont ouvert les yeux sur la beauté du métier

Merci à Mozart, à Ennio Morricone et la rue kétanou pour leur soutien indéfectible pendant mes journées d'enfermement en bibliothèque

SOMMAIRE :

Introduction.....	p1
Méthode.....	p4
Population étudiée.....	p4
Séminaire.....	p5
Recueil des données.....	p5
Analyse des résultats.....	p7
Résultats.....	p7
Discussion.....	p25
La formation à la relation médecin-patient mérite une large place dans le cursus universitaire.....	p28
La validation des compétences en communication est nécessaire.....	p29
Le feedback des étudiants s'intègre dans l'approche centrée-apprenant.....	p30
Un enseignement de qualité implique la formation d'enseignants cliniciens compétents qui soient des modèles de rôle adéquats et explicites.....	p31
La relation médecin-patient se transmet aussi par le curriculum caché.....	p32
Conclusion.....	p33
Annexes.....	p34
Références bibliographiques.....	p38
Serment d'Hippocrate.....	p41
Permis d'imprimer.....	p42
Résumé.....	p43

Introduction :

La profession de médecin généraliste exige de multiples compétences : le raisonnement clinique, la communication, l'éthique, le travail collaboratif et le professionnalisme (1). La communication en santé reflète l'image du médecin et du patient au sein de la société et évolue constamment (2). Aujourd'hui, le modèle de relation médecin patient s'oriente vers une approche centrée sur le patient, plutôt que sur la maladie. D'une part, la population vieillit et les maladies chroniques prennent de l'ampleur. Les attentes des patients se modifient et le relationnel devient fondamental. D'autre part, avec l'accès généralisé à Internet et l'émergence d'associations de malades, le médecin a perdu l'exclusivité du savoir. Le patient est Sachant, voire Expert, il peut faire appel au médecin en tant que consommateur de soin (terme employé lorsque sa requête ne concerne pas sa santé mais son aspect physique ou ses performances). Il a le droit d'exprimer son mécontentement par une procédure judiciaire. La relation médecin-patient s'établit donc sur un mode collaboratif qualifié d'Approche Centrée Patient (ACP) (3,4).

L'ACP appréhende le patient dans sa globalité (son vécu, son environnement, son ressenti, ses attentes et ses représentations de sa santé). Ce mode de relation médecin-patient améliore la satisfaction personnelle des soignants et des patients, diminue les dépenses de santé (la prescription d'examens complémentaires baisse et l'adhésion à la prise en charge augmente) et diminue le taux de procédures judiciaires engagées contre des soignants (3).

L'essor de l'ACP repose sur son enseignement aux futurs médecins (5). Cet enseignement prend toute son importance quand on sait que l'empathie des étudiants en médecine diminue au cours de leurs études (6). En France, le cursus du troisième cycle des études médicales en médecine générale comporte une compétence intitulée « Approche centrée patient, communication, relation » (7). Les compétences à l'ACP ont été définies à la faculté de Montpellier-Nîmes (Figure 1). Elles associent des compétences relationnelle, éducative, de réflexivité et d'éthique du soin. La compétence relationnelle vise à « développer une relation professionnelle centrée sur la personne dans toutes ses dimensions permettant de mieux la comprendre et de l'accompagner quelles que soient les situations cliniques. ». Les compétences à acquérir sont le

déroulement logique de la consultation avec une attention particulière sur son ouverture et sa fermeture, la maîtrise du langage non verbal et la clarté du message délivré qui doit être adapté au niveau de compréhension du patient. Un travail du langage est nécessaire pour synthétiser les informations et améliorer l'élocution. La simplification des informations médicales implique l'éviction du jargon et l'emploi de métaphores et d'analogies. La compétence à la démarche éducative vise à « adopter une démarche éducative centrée sur l'exploration de l'expérience vécue du patient quelle que soit sa situation, pour faciliter le développement de compétences qui conduisent au changement et à l'autonomie. ». La compétence à la réflexivité vise à « développer une pensée critique pour améliorer ses compétences professionnelles, s'interroger sur ses forces et ses faiblesses, ses savoirs, ses croyances, ses convictions, ses actes, ses émotions en prenant le recul nécessaire. ». La compétence d'éthique du soin vise à « intégrer la dimension éthique dans sa pratique professionnelle, dans le respect et la dignité de la personne malade, de la compétence des équipes de soin, tout en respectant les valeurs professionnelles, déontologiques et morales. ».

Développer les qualités relationnelles des soignants est un challenge dans le monde de la médecine, qui reste très attaché au savoir scientifique et à la technique (4). Certains médecins considèrent encore que les compétences relationnelles sont facultatives et innées, or il est établi aujourd'hui que ces compétences sont perfectibles.

L'enseignement de la relation médecin-patient est en pleine construction. La formation repose sur des cours formels, sur des stages où les expériences pratiques sont enrichies par la présence de modèles de rôle et sur un curriculum caché (présenté dans la discussion).

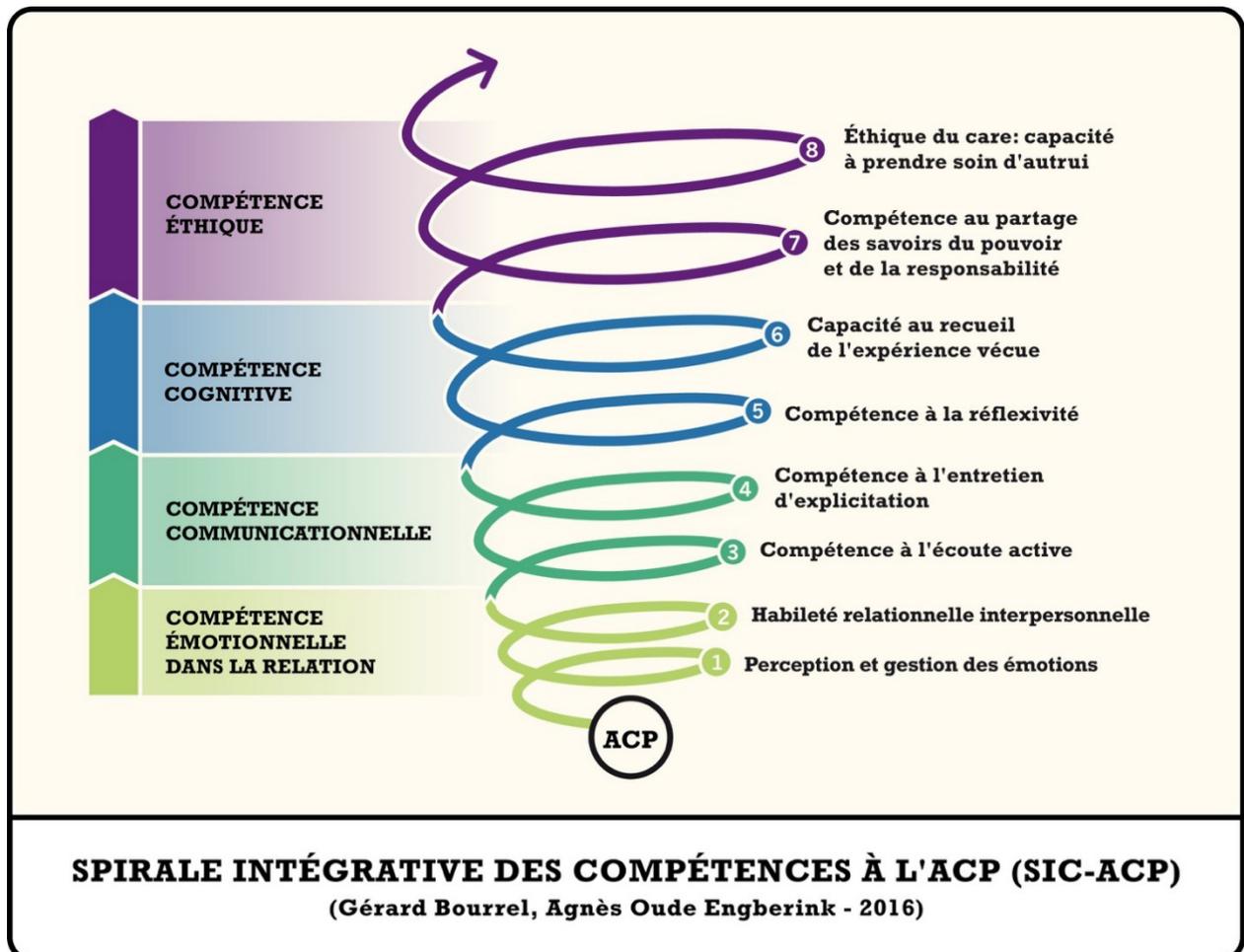
L'équipe de B. Millette identifie six pistes pour développer cet enseignement (8,9) :

- créer un référentiel solide et validé qui se baserait sur le guide Calgary-Cambridge
- intégrer une pratique répétée des habiletés de communication associée à une rétroaction spécifique immédiate
- intégrer l'enseignement tout au long des études médicales
- créer une méthode d'évaluation de l'acquisition des compétences
- développer des activités de connaissance de soi pour identifier ses propres

valeurs et émotions

- former des cliniciens-enseignants qui soient des modèles de rôle explicites en matière de communication professionnelle

Figure 1. Les compétences génériques à l'Approche Centrée sur le Patient



En France, les Départements Universitaires de Médecine Générale utilisent divers outils pédagogiques, majoritairement des jeux de rôle, des récits de situations complexes et authentiques et des films (4,10,11,12). L'objectif pédagogique est l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-être et d'un savoir-faire. Les méthodes pédagogiques expérientielles font consensus ainsi que l'approche centrée sur l'apprenant (13). A la faculté de Montpellier-Nîmes, l'enseignement à la relation professionnelle médecin-patient (RPMP)

repose sur trois séminaires organisés en petits groupes d'internes de première année. L'atelier RPMP 1 aborde l'approche centrée patient par un exercice d'abécédaire (voir annexe 3), des discussions et des exercices de reformulation. L'atelier RPMP 2 aborde la gestion de situations complexes avec des jeux de rôle. Un troisième séminaire aborde l'annonce d'une mauvaise nouvelle en simulation. Depuis mai 2019, des ateliers de formation à la relation ont été mis en place pour tous les internes du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la satisfaction des internes de médecine générale au sujet des séminaires sur la relation médecin-patient à la faculté de Montpellier-Nîmes, au moyen d'un auto-questionnaire. Les objectifs secondaires étaient de faire réfléchir les internes sur les points-forts appris pendant le séminaire et les possibilités de mises en pratique envisageables, de recueillir les valeurs associées à l'ACP à travers l'exercice d'abécédaire ALLIANCE, de recueillir des pistes d'amélioration du séminaire et de comparer la satisfaction en fonction des promotions DES 1 et DES 2.

Méthode :

Population étudiée

La formation consistait en 2 séminaires intitulés « Relation professionnelle médecin-patient » Partie 1 et 2 (RPMP1 et RPMP2).

En 2019, 126 internes de DES 1 ont assisté aux séminaires pendant leur premier stage chez le praticien. 78 internes de DES 2 ont assisté à une session RPMP 2 de rattrapage (leur formation RPMP 1 a eu lieu en 2018).

Le séminaire RPMP 1 a eu lieu le 10 janvier 2019 pour le semestre d'hiver et le 23 mai pour le semestre d'été.

Le séminaire RPMP 2 a eu lieu les 31 janvier et le 13 juin pour les internes de DES 1 et les 28 février et 13 juin pour les internes de DES 2.

Il a lieu dans les Unités Pédagogiques de Proximité (3 groupes à Montpellier, 2 groupes à Nîmes, 1 groupe à Narbonne et 1 groupe à Perpignan). L'effectif des groupes variait de 8 à 16.

Séminaire

La trame pédagogique a été conçue par les enseignants du DUMG et un étudiant de DES 3. Elle a été révisée en 2019 (détail dans les annexes 1 et 2). Les séminaires duraient 3h30 chacun.

L'animateur avait pour mission de créer un climat de non jugement et de bienveillance et de rester centré sur l'apprenant. Il reformulait les questions des étudiants, gérait le temps, veillait au respect des règles et expertisait le diaporama.

Les jeux de rôle étaient soumis à des règles précises : liberté de jouer et de s'arrêter, non jugement, secret et réalisme. Ils étaient suivis d'un debriefing des acteurs (« Que s'est-il passé ? Qu'avez-vous ressenti? ») et du groupe (« Qu'est-ce qui était pertinent ? Que faire dans une situation semblable? »).

Recueil des données

Il s'agissait d'une étude quantitative avec analyse de données qualitatives.

Un auto-questionnaire anonyme était distribué à la fin de chacun des séminaires, au cours d'un temps dédié, avec restitution immédiate (Figure 2).

Le Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité, en accord avec la loi Jardé (*Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017, article II 2*).

Figure 2. Questionnaire distribué aux étudiants

Cette fiche est anonyme.

Elle est utile pour l'équipe afin d'améliorer le contenu de l'enseignement

1. Evaluation globale de l'atelier

- Globalement, quel est votre niveau de satisfaction (entourer le chiffre correspondant à votre appréciation)

1	2	3	4
Très insuffisant	Insuffisant	Bon	Excellent

2. Evaluation des différents aspects de l'enseignement

Comment évaluez-vous:

- l'organisation de l'enseignement :

1	2	3	4
Très insuffisant	Insuffisant	Bon	Excellent

- l'utilité de cet enseignement pour votre pratique professionnelle :

1	2	3	4
Très insuffisant	Insuffisant	Bon	Excellent

- la qualité des supports pédagogiques :

1	2	3	4
Très insuffisant	Insuffisant	Bon	Excellent

2. Messages forts

Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement

.....
.....
.....

3. En quoi ces points forts pourraient modifier votre pratique concernant la relation médecin patient ?

.....
.....
.....

4. Commentaires libres

.....
.....
.....

Analyse des données

Le critère de jugement principal était mesuré par le pourcentage d'étudiants qui ont jugé l'atelier « Bon » ou « Excellent ». Lorsque la note comprenait une décimale, elle a été systématiquement arrondie à la valeur inférieure (2,5 a été considéré comme 2).

Le taux de satisfaction des étudiants à propos du séminaire RPMP 2 a été comparé entre les promotions DES 1 et DES 2. La moyenne des notes obtenues à chaque item a été calculée et le test de Student a permis d'évaluer si les différences observées étaient significatives ($p\text{-value}=0,05$). Les calculs ont été faits sur un tableur EXCEL.

Les données textuelles ont fait l'objet d'une analyse thématique sémantique inductive continue et de contenu. L'analyse était manuelle et effectuée en double-lecture avec une institutrice.

Les commentaires libres ont été regroupés entre points forts, points faibles et pistes d'amélioration.

L'exercice d'abécédaire ALLIANCE a fait émerger des valeurs regroupées dans un tableau.

Résultats :

197 questionnaires ont été analysés : 126 recueillis lors des deux sessions RPMP 1, 96 lors des sessions RPMP 2 et 78 lors les sessions RPMP 2 de rattrapages destinées aux internes de DES 2.

90% des étudiants ont jugé l'atelier bon ou excellent (**Tableau 1**).

89% des étudiants ont été satisfaits de l'organisation de l'enseignement, 91% ont jugé que l'enseignement était utile pour la pratique professionnelle et 89% ont été satisfaits par la qualité des supports pédagogiques.

Tableau 1. Niveau de satisfaction de 126 étudiants lors de la session RPMP 1 exprimé en nombre de réponse et en pourcentage

	1 Très insuffisant	2 Insuffisant	3 Bon	4 Excellent
Évaluation globale de l'atelier	0	13 (10%)	70 (56%)	43 (34%)
Organisation de l'enseignement	1 (1%)	13 (10%)	75 (60%)	37 (29%)
Utilité de cet enseignement pour votre pratique professionnelle	1 (1%)	12 (10%)	59 (47%)	54 (43%)
Qualité des supports pédagogiques	0	13 (10%)	91 (72%)	22 (17%)

Figure 3. Satisfaction des étudiants à la session RPMP 1 selon la moyenne des notes obtenues à l'item

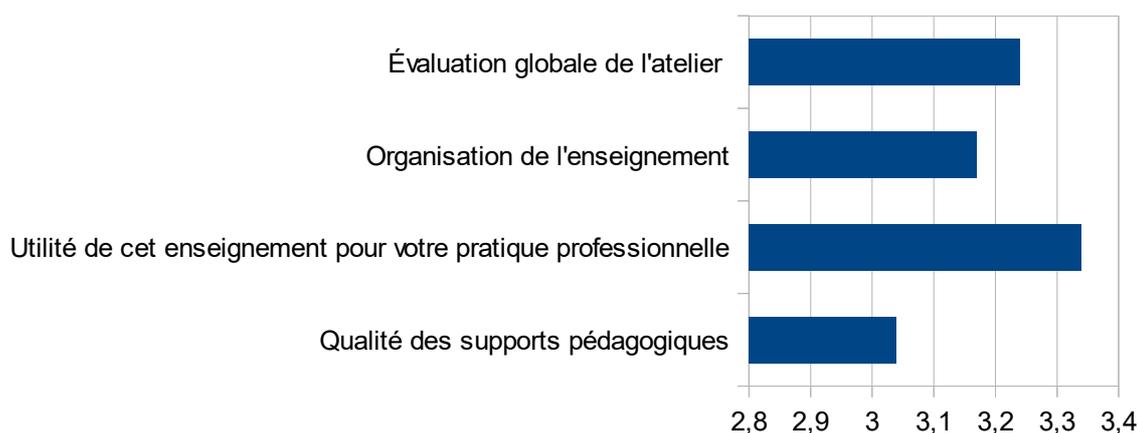


Tableau 2. Messages forts cités au décours de la session RPMP 1

Nx : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement »

Outils pour guider un interrogatoire centré sur le patient : N7

- Reformulation, écho, résumé N49
- Questions ouvertes N40
- Écoute active N32
- Prendre le temps, respecter les silences N7
- Apprentissage de formulations utiles en consultation N2
- Prendre du recul pendant l'entretien N2
- Favoriser la reformulation en cas de désaccord N1
- Prendre un temps entre chaque consultation N1

Valeurs de l'approche centrée patient : N3

- Empathie, distincte de sympathie N20
- Relation de qualité basée sur la confiance N12
- Authenticité, multiplicité des réponses médicales possibles N9
- Globalité, contextualiser la demande N8
- Attitude disponible et bienveillante N8
- Prise de décision partagée, alliance thérapeutique N7
- Compréhension de l'autre et de sa demande N3
- Considérer les émotions du patient N3
- Explorer la part psychologique de la demande N2
- Évaluer ce que le patient sait et comprend de sa maladie N1

Communication non verbale : N12

- Place de l'informatique durant l'entretien N1
- Importance du regard N1

Tableau 2. Messages forts cités au décours de la session RPMP 1

Nx : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement »

Perfectionner ses habilités communicationnelles : N1

- Partage d'expériences entre professionnels N10
- Réflexion sur soi (connaissance de ses valeurs et gestion des émotions) N6
- Exercices pratiques N5
- Remise en question de ses prises en charge N3
- Intérêt des associations de malades N1

S'adapter aux situations relationnelles complexes N7

- Apprendre à dire « Non », s'affirmer N13
- Gérer des motifs de consultation multiples N3
- Détecter une tentative de manipulation consciente ou inconsciente de la part du patient N1
- Démarche pour déclarer une maltraitance chez l'enfant N1
- Démarche pour déclarer un arrêt de travail abusif N1
- Refus de soin : analyse et prise en charge N1
- Mise en échec du médecin par le patient N1
- Poser un cadre professionnel N1
- Désamorcer l'agressivité N1

Tableau 3. Mises en pratique envisagées par les étudiants au décours de la session RPMP 1

Px : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « En quoi ces points forts pourraient modifier votre pratique concernant la relation médecin patient ? »

Outils pour guider un interrogatoire centré sur le patient : P27

- Écoute active P19
- Questions ouvertes P12
- Prendre le temps, respecter les silences P8
- Prendre du recul pendant l'entretien P8
- Reformulations, échos, résumé P4
- Écouter permet un recueil d'information et un gain de temps P2
- Apprentissage de formulations utiles en consultation P1
- Favoriser la reformulation en cas de désaccord P1
- Importance de l'accueil P1

Valeurs de l'approche centrée patient : P2

- Relation de qualité basée sur la confiance P26
- Compréhension de l'autre et de sa demande P13
- Empathie, distincte de sympathie P10
- Prise de décision partagée, alliance thérapeutique P7
- Globalité, contextualiser la demande P4
- Attitude disponible et bienveillante P3
- Authenticité, multiplicité des réponses médicales possibles P2
- Autonomie, laisser le patient chercher des solutions P2
- Convaincre pour faire adhérer au projet de soin P2
- Identifier les demandes non explicites P2
- Considérer les émotions du patient P2
- Explorer la part psychologique de la demande P1

Tableau 3. Mises en pratique envisagées par les étudiants au décours de la session RPMP 1

Px : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « En quoi ces points forts pourraient modifier votre pratique concernant la relation médecin patient ? »

Communication non verbale : P6

- Place de l'informatique durant l'entretien P3

Perfectionner ses habilités communicationnelles :

- Exercices pratiques P3
- Partage d'expériences entre professionnels P2
- Réflexion sur soi (connaissance de ses valeurs et gestion des émotions) P1
- Remise en question de ses prises en charge P1

S'adapter aux situations relationnelles complexes P7

- Améliorer sa prise en charge P11
- Apprendre à dire « Non », s'affirmer P6
- Poser un cadre professionnel P3
- Gérer des motifs de consultation multiples P2
- Désamorcer l'agressivité P2
- Demande injustifiée P2
- Démarche pour déclarer une maltraitance chez l'enfant P1
- Démarche pour déclarer un arrêt de travail abusif P1
- Être plus à l'aise dans la relation médecin-malade P1
- Refus de soin : analyse et prise en charge P1
- Accepter de ne pas avoir de réponse P1

**Tableau 4. Commentaires des étudiants concernant la session RPMP 1 :
points positifs, points négatifs et suggestions**

Qx : nombre de fois où l'idée a été rapportée

Points positifs

Très bon enseignement, intéressant et interactif, « merci » Q17

Jeux de rôle participatifs satisfaisants Q6

Cours utile en pratique, situations abordées fréquentes Q3

Échange d'expériences Q3

Cours en petits groupes favorisant l'expression de chacun Q2

Salle de la maison médicale de garde plus conviviale que l'auditorium à Perpignan Q1

Prise de conscience de la complexité de la relation médecin-patient Q1

Remise en question des pratiques Q1

Enseignant ouvert et pédagogue Q1

Points négatifs

Abécédaire ALLIANCE trop long et peu enrichissant Q7

Jeux de rôle peu superposables à la pratique réelle Q3

Mauvaise communication de la faculté sur les horaires et les lieux Q2

Temps de discussion trop longs Q2

Rappels de base inutiles Q2

Cours redondant avec les groupes d'échange de pratiques tuteuré (GEPT) Q1

Manque de pratique professionnelle pour évaluer l'intérêt de la formation Q1

Trop de théorie et de définitions (dépend de la faculté d'origine?) Q1

Jeux de rôle joués devant un public donc manque de réalisme Q1

Manque de conseils pratiques sur l'attitude à adopter Q1

Diaporama peu contributif Q1

Suggestions

Enrichir le diaporama avec des outils pour améliorer la RMP Q2

Conserver les mêmes groupes favorise la confiance et permet de se livrer sur soi, ses pratiques et ses croyances Q1

Ateliers en binôme : prévoir un temps de debriefing en binôme Q1

Apprendre à identifier les profils psychologiques des patients Q1

Éditer un support pédagogique utilisable en consultation Q1

Proposer des discussions / débats sur des situations Q1

Proposer des références bibliographiques Q1

Utiliser des vidéos pour analyser la RMP Q1

Tableau 5. Niveau de satisfaction des étudiants de DES 1 et DES 2 lors de la session RPMP 2 exprimé en nombre de réponse et en pourcentage

□ réponses des 96 internes de DES 1

■ réponses des 78 internes de DES 2

	1 Très insuffisant	2 Insuffisant	3 Bon	4 Excellent
Évaluation globale de l'atelier	0	5 (5%)	47 (49%)	44 (46%)
	1 (1%)	6 (8%)	47 (60%)	24 (31%)
Organisation de l'enseignement	2 (2%)	8 (8%)	41 (43%)	45 (47%)
	2 (3%)	5 (6%)	48 (62%)	23 (29%)
Utilité de cet enseignement pour votre pratique professionnelle	0	5 (5%)	48 (50%)	43 (45%)
	0	8 (10%)	46 (59%)	24 (31%)
Qualité des supports pédagogiques	2 (2%)	9 (9%)	64 (67%)	21 (22%)
	2 (3%)	8 (10%)	56 (72%)	12 (15%)

Figure 4. Satisfaction des étudiants lors de la session RPMP 2 exprimée par la moyenne des notes obtenues à l'item

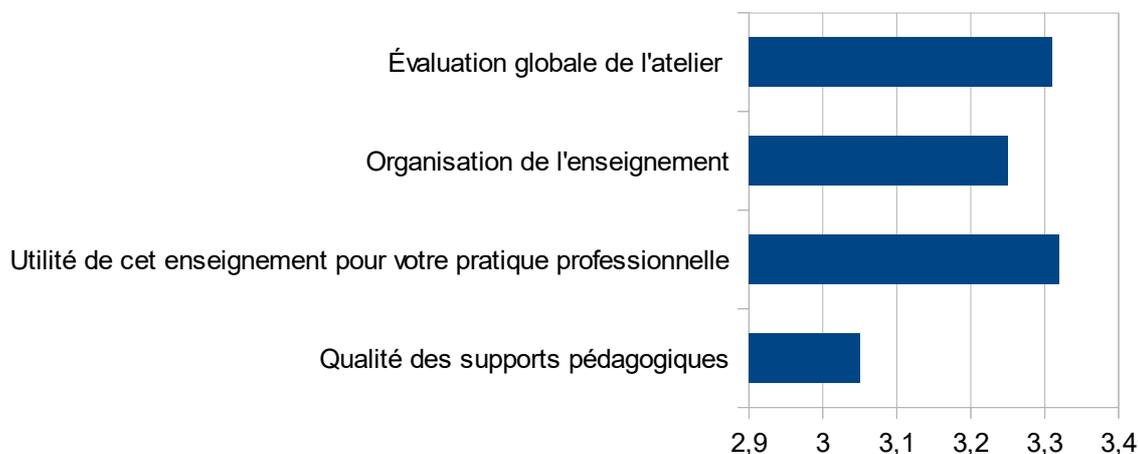


Tableau 6. Messages forts cités au décours de la session RPMP 2

Nx : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement »

Outils pour guider un interrogatoire centré sur le patient : N2

- Écoute active N16
- Reformulations, échos et résumé N9
- Questions ouvertes N6
- Prendre du recul pendant l'entretien, ne pas se faire submerger N4
- Recadrer la consultation N4
- Prendre le temps, respecter les silences N3
- Proposer un second entretien N2
- Adapter son discours au patient, importance du choix des mots N1
- Valorisation N1

Tableau 6. Messages forts cités au décours de la session RPMP 2

Nx : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement »

Valeurs de l'approche centrée patient : N4

- Empathie , distincte de sympathie N22
- Prise de décision partagée, alliance thérapeutique N14
- Authenticité, multiplicité des réponses médicales possibles N13
- Vécu du patient N6
- Compréhension de l'autre et de sa demande N5
- Attitude positive inconditionnelle N4
- Importance du dialogue N4
- Évaluer ce que le patient sait de sa maladie pour fournir une information éclairée N3
- Autonomie, laisser le patient chercher des solutions N3
- Identifier les demandes non explicites N3
- Explorer les représentations du patient N2
- Globalité, contextualiser la demande N2
- Attitude disponible et bienveillante N2
- Convaincre pour faire adhérer au projet de soin N1
- Considérer les émotions du patient N1

Perfectionner ses habilités communicationnelles avec :

- Le partage d'expériences entre internes, enseignants et collègues N15
- Des exercices pratiques (importance de se mettre à la place du patient) N6
- Une réflexion sur soi et la gestion de ses émotions N6
- Une remise en question de ses prises en charge N1

Prise en charge de situations relationnelles complexes :

Thèmes abordés :

- Agressivité : la reconnaître et la prendre en charge N35

Tableau 6. Messages forts cités au décours de la session RPMP 2

Nx : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « Citez 1 à 3 points forts que vous avez appris au cours de cet enseignement »

- Refus de soin : analyse et prise en charge N21
- Tentative de séduction : analyse et conduite à tenir N10
- Demande injustifiée N5
- Échec thérapeutique N3
- Prise en charge de l'anxiété du patient N1
- Prise en charge de la colère N1
- Soigner ses proches N1
- Demande itérative N1

Approches évoquées

- Poser un cadre professionnel N16
- Savoir dire Non N16
- Savoir s'affirmer N9
- Se protéger soi-même N6
- Savoir exprimer son malaise N5
- Savoir déléguer et s'entourer N3
- Boîte à outils utile pour débloquer certaines situations, phrases clés N2
- Accepter de ne pas avoir de réponse satisfaisante N2
- Garder son calme N2
- Écouter sans chercher de solution à tout prix N1
- Laisser un temps de réflexion au patient N1

Bénéfices du séminaire

- Savoir s'adapter à la situation N7
- Savoir analyser une situation problématique N1

Tableau 7. Mises en pratique envisagées par les étudiants au décours de la session RPMP 2

Px : nombre de fois où l'idée a été citée dans l'item « En quoi ces points forts pourraient modifier votre pratique concernant la relation médecin patient ? »

Outils pour guider un interrogatoire centré sur le patient : P4

- Prendre du recul pendant l'entretien, ne pas se faire submerger P10
- Écoute active P9
- Adapter son discours au patient, importance du choix des mots P7
- Reformulations, échos et résumé P3
- Prendre le temps, respecter les silences P2
- Questions ouvertes P2
- Prendre un temps entre chaque consultation, se ménager P1

Valeurs de l'approche centrée patient : P1

- Prise de décision partagée, alliance thérapeutique P10
- Empathie, distincte de sympathie P6
- Relation de qualité P6
- Globalité, contextualiser la demande P5
- Authenticité, multiplicité des réponses médicales possibles P3
- Convaincre pour faire adhérer au projet de soin P3
- Compréhension de l'autre et de sa demande P3
- Évaluer ce que le patient sait de sa maladie pour fournir une information éclairée P2
- Attitude disponible et bienveillante P2
- Être prudent quand on utilise son expérience personnelle comme argument P1
- Autonomie, laisser le patient chercher des solutions P1
- Identifier les demandes non explicites P1
- Attitude positive inconditionnelle P1
- Importance du dialogue P1

Perfectionner ses habilités communicationnelles avec : P2

- Le partage d'expériences entre internes, enseignants et collègues P6
- Des exercices pratiques (importance de se mettre à la place du patient) P3
- Une réflexion sur soi et la gestion de ses émotions P3
- Une remise en question de ses prises en charge P3

Prise en charge de situations relationnelles complexes :

Thèmes abordés :

- Agressivité : la reconnaître et la prendre en charge P15
- Refus de soin : analyse et prise en charge P6
- Tentative de séduction : analyse et conduite à tenir P2
- Demande injustifiée P1

Approches évoquées

- Boîte à outils utile pour débloquer certaines situations, phrases clés P21
- Poser un cadre professionnel P8
- Savoir dire Non P7
- Garder son calme P5
- Savoir s'affirmer P3
- Savoir exprimer son malaise P2
- Se protéger soi-même P2
- Savoir déléguer et s'entourer P1

Bénéfices du séminaire

- Savoir s'adapter à la situation P9
- Savoir analyser une situation problématique P4
- Être plus à l'aise dans la relation P2

**Tableau 8. Commentaires des étudiants au sujet de la session RPMP 2 :
points positifs, points négatifs et suggestions**

Qx : nombre de fois où l'idée a été rapportée

Points positifs

Jeux de rôle utiles, permettent des expérimentations Q10

Cas intéressants, situations réelles utiles Q8

« Super enseignement », « merci », « à conserver » Q8

Enseignant pédagogue et avec des qualités humaines Q6

Ambiance excellente, écoute et bienveillance Q4

Partage d'expériences entre internes et enseignant Q3

Présentation de la nouvelle maquette intéressante Q2

Possibilité d'orienter le cours en fonction de nos difficultés Q1

Jeux de rôle utile même si mettent parfois mal à l'aise Q1

Aborde la séduction, un sujet dont on parle peu Q1

Réflexion sur soigner les soignants Q1

RPMP 2 plus structuré que RPMP1 Q1

Feedback objectif extérieur Q1

Cours en UPP pratiques Q1

Points négatifs

Cours pas assez structuré Q4

Beaucoup de redit, redondance avec les groupes d'échange de pratiques tuteuré (GEPT) Q3

Organisation pratique (planification tardive, salle, horaire), absence du service à anticiper Q2

Diaporama peu exploité par l'enseignant Q2

Difficile d'établir une relation médecin-patient type Q1

Message non clair malgré longue discussion Q1

Situations abordées parfois trop simplistes Q1

Animateur n'apporte pas de réponses Q1

Pas de support pédagogique Q1

Jeu de rôle pas intéressant Q1

Manque d'utilité pratique Q1

Diaporama peu précis Q1

Suggestions

Présenter plus de situations vécues avec suite de la prise en charge Q2

Aborder la prise en charge des addictions Q2

Veiller au fait que les jeux de rôle exposent au jugement des pairs Q1

Proposer des intervenants extérieurs au domaine médical Q1

Donner plus d'outils concrets sur les attitudes à avoir Q1

Cours à multiplier avec des nouveaux thèmes Q1

Un cours pour trouver son sujet de thèse Q1

Préciser les objectifs des jeux de rôle Q1

Organiser une session à Mende Q1

Faire plus de jeux de rôle Q1

Simulation Q1

Tableau 9. Abécédaires créés sur le mot ALLIANCE

- A** Alliance Altruisme Accueil Accompagner Attention Attache Aide Actif Amabilité Accord
- L** Loyauté Lien Liberté Langage Limite Logique
- I** Intimité Intérêt Interactivité Intelligence Investissement Information Intégrité Identification Interaction Indépendance Indifférenciation Intention de soin Implication
- N** Non-jugement Négociation Nuance Nouer Négociation Neutralité Naturel Non Nécessaire
- C** Confiance Compréhension Compromis Canaliser Clarté Connaissance Choisir Compassion Conseiller Compétence
- E** Empathie Écoute Éducation Échange Explication Équilibre

Définitions de la relation médecin-patient (RMP) par les groupes d'UPP :

La RMP se base sur l'empathie, le non-jugement d'où vient la confiance nécessaire à l'intimité qui créer une alliance loyale entre médecin et patient.

La RMP c'est construire un lien et une interaction dans un environnement de confiance et d'empathie pour pouvoir accompagner tout en sachant être dans la nuance.

L'information et l'empathie permettent l'élaboration d'un lieu de confiance indispensable dans la RMP pour rendre la négociation possible et créer un accompagnement de qualité.

La RMP se doit d'être attentive, un lien intime et neutre basé sur la confiance aidant à l'éducation.

La RMP se veut neutre et intimiste, l'écoute dont fait preuve le médecin permet de créer un lien de confiance et de liberté afin d'accompagner au mieux le patient.

La RMP est un accompagnement en toute liberté qui repose sur des interactions en toute confiance avec empathie et dans le non-jugement.

Alliance qui se construit sur le long terme, se nourrissant d'une confiance mutuelle en se basant sur l'écoute, l'empathie et l'intégrité des deux parties.

Tableau 9. Abécédaires créés sur le mot ALLIANCE

La RMP est un accompagnement basé sur l'écoute et la loyauté afin de nouer une relation intime dans un climat de confiance.

Nouer une RMP intelligente c'est passer de la loyauté à la confiance et de l'écoute à l'accompagnement.

La RMP c'est une relation de confiance avec le patient, l'écouter et l'accompagner tout en restant loyal, cela implique donc un investissement des deux parties.

La RMP représente l'accompagnement loyal ainsi que l'écoute du patient afin de nouer une confiance et de rester dans l'intimité de celui-ci.

La RMP se base sur un accompagnement personnalisé, la loyauté du médecin envers le patient et inversement ainsi qu'une écoute mutuelle afin de nouer une relation de confiance et d'investissement respectif.

La RMP est une relation où l'accompagnement et l'écoute de la part du médecin en toute loyauté vise à nouer une relation intime et de confiance avec le patient.

La relation médecin malade évoque la loyauté du médecin envers le patient qu'il accompagne ainsi que l'écoute et la confiance intime qu'ils nouent entre eux.

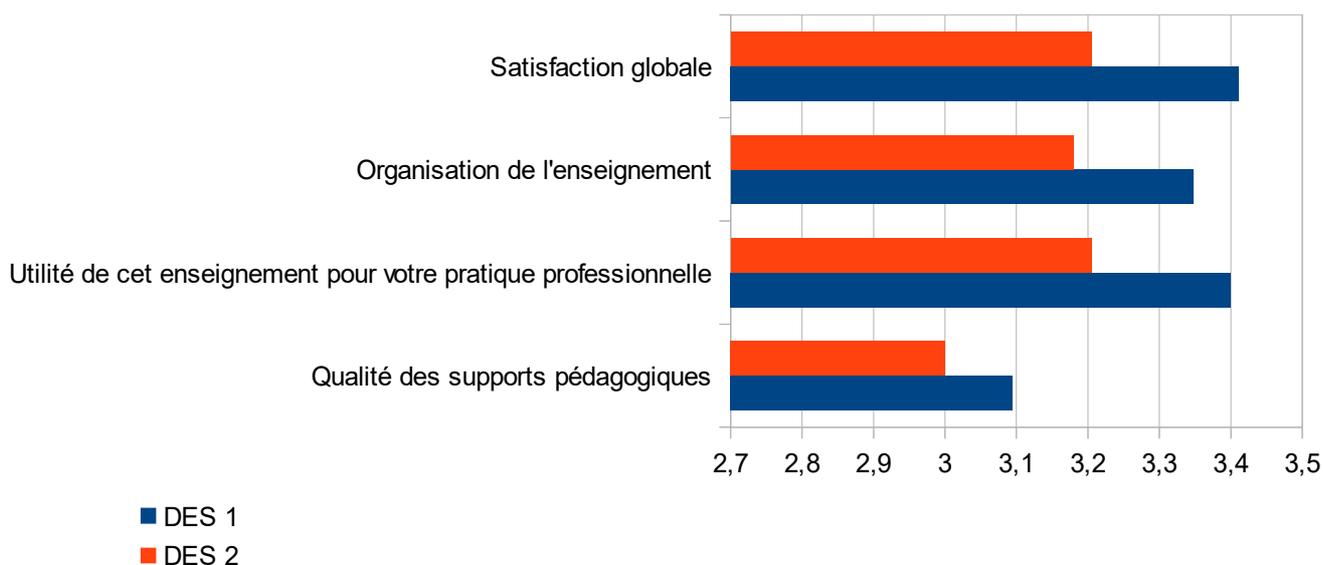
Le niveau de satisfaction a été comparé entre les promotions de DES 1 et DES 2. Une différence significative a été observée quant à la satisfaction globale et à l'utilité de l'enseignement pour la pratique professionnelle (Tableau 10).

Tableau 10. Comparaison du niveau de satisfaction au sujet de la session RPMP 2 entre les internes de DES 1 et DES 2 par la note moyenne obtenue à l'item

p-value calculée par le test de Student avec un risque alpha de 0,05.

	DES 1	DES 2	
Évaluation globale de l'atelier	3,41	3,21	(p-value= 0,03)
Organisation de l'enseignement	3,34	3,18	(p-value= 0,11)
Utilité de cet enseignement pour votre pratique professionnelle	3,4	3,21	(p-value= 0,03)
Qualité des supports pédagogiques	3,09	3,00	(p-value= 0,34)

Figure 5. Satisfaction des étudiants de DES 1 et 2 au sujet de la session RPMP 2 exprimé par la note moyenne obtenue à l'item



Discussion :

Les internes ont été majoritairement satisfaits par ce séminaire. Ils ont abordé les valeurs de l'ACP. Ils ont envisagé de modifier leur pratique professionnelle pour mener des entretiens centrés sur le patient, par l'adoption d'une posture empathique et d'outils de communication adéquats. Certains d'entre eux ont exprimé la volonté de participer à d'autres ateliers de jeux de rôle et plusieurs nouveaux thèmes ont été proposés.

Nous avons choisi de nous intéresser à la satisfaction des étudiants pour évaluer la pertinence du séminaire. Nous aurions pu évaluer l'efficacité du programme dans le même temps. Cette évaluation est complexe et sera discutée plus loin.

La méthodologie était adaptée à notre objectif. Utiliser un questionnaire intégré à l'enseignement a été simple à organiser, a permis un taux de réponse élevé et les informations recueillies ont été fiables et complètes (pas de risque d'oubli). L'anonymat a levé le biais de désirabilité. Grâce aux questions ouvertes, l'ensemble des internes a pu réfléchir aux valeurs présentées dans le séminaire. Cela a renforcé l'apprentissage, ce qui était un de nos objectifs secondaires. Les réponses manuscrites ont souligné l'abondance et la diversité des apprentissages réalisés pendant ce séminaire.

Cette méthode a présenté des limites. Les étudiants ont passé peu de temps à réfléchir à leurs réponses et les réponses étaient imprécises (de nombreux questionnaires comportaient une note identique pour tous les items). Peu de propositions de changements ont été faites, limite retrouvée dans l'étude de K Brandl (14). Une étude par focus groupe aurait permis une meilleure compréhension des réponses et l'approfondissement des pistes d'amélioration. Les items «Citez 1 à 3 messages forts » et « En quoi ces points forts pourraient modifier votre pratique concernant la RMP ? » n'ont pas été assez discriminants et ont soulevé indistinctement l'acquisition d'outils et la mise en pratique des valeurs de l'ACP. L'item «Citez 1 à 3 messages forts » visait à faire réfléchir aux valeurs de l'ACP. Il aurait pu être plus précis en demandant par exemple « Qu'est-ce qu'une RMP saine ? », « Sur quelles valeurs se construit une RMP saine ? », voire « Avez-vous vécu des situations où la RMP vous a étonné/choqué et pourquoi ? ». L'analyse des données textuelles en double-lecture a permis d'augmenter

la fiabilité des résultats. Les citations étaient souvent brèves et sujettes à interprétation. J'ai moi-même assisté aux sessions RPMP en 2018 en tant qu'étudiante et un biais d'interprétation a pu subsister malgré mes efforts pour rester objective.

Certains commentaires ont été spécifiques d'un groupe d'UPP. Par exemple la durée des activités et l'exploitation du diaporama ont été critiqués par plusieurs étudiants d'un même groupe. Le feedback de l'enseignant encadrant aurait permis de mieux comprendre ces commentaires et de modifier la trame pédagogique en conséquence. Plusieurs groupes ont apprécié les qualités de leur enseignant. Une analyse des résultats par groupe d'UPP aurait été pertinente mais n'avait pas sa place dans cette étude.

La majorité des étudiants ont apprécié les séminaires RPMP, jugés utiles, bien organisés, avec des outils pédagogiques adaptés. Les outils pédagogiques ont reçu une note plus basse que les autres items et plusieurs commentaires ont révélé un désintérêt pour l'exercice d'abécédaire ALLIANCE, jugé trop long et peu enrichissant. Cet exercice avait pour objectif d'identifier les représentations autour de l'ACP. L'exercice aurait pu être approfondi par une réflexion de groupe autour de ces valeurs ou remplacé par d'autres outils comme une analyse vidéo, une lecture de texte, des réflexions éthiques autour de vignettes ou un travail d'écriture.

Les étudiants ont déclaré avoir appris de nombreux outils de communication comme l'écoute active, les questions ouvertes et les reformulations, l'importance de la communication non verbale et quelle place réserver à l'outil informatique. Les valeurs de l'ACP ont toutes été citées : importance d'explorer le vécu de la maladie par le patient, de comprendre le patient dans sa globalité, de nouer une alliance thérapeutique et de développer une RMP de qualité (15). La capacité à améliorer sa pratique a été reconnue et appréciée, notamment par la remise en question de sa pratique et le partage d'expérience avec des pairs.

De nombreux étudiants ont apprécié aborder des situations relationnelles complexes telles que le refus de soin, l'agressivité d'un patient, la tentative de séduction, la demande injustifiée, les demandes itératives et la mise en échec du médecin. Plusieurs étudiants ont déclaré se sentir mieux préparés à gérer ces situations, notamment par l'acquisition d'outils adaptés comme apprendre à dire « Non », savoir s'affirmer, poser

un cadre professionnel, se protéger soi-même, exprimer son malaise et savoir déléguer et s'entourer. L'enseignement de phrases-clés a été apprécié. Les situations abordées ont été jugées fréquentes. Les commentaires libres ont confirmé l'utilité de l'enseignement.

Le jeu de rôle a été très apprécié et qualifié d'interactif, il a permis des expérimentations et un feedback objectif sur sa pratique. L'organisation en petits groupes fixes a favorisé l'expression de chacun dans un cadre bienveillant et convivial. A Madrid, une étude a analysé comment les étudiants en 4ème année de médecine percevaient l'enseignement à la communication en focus groupe (16). Leur enseignement comportait des jeux de rôle avec des patients simulés et des discussions autour de cas. Nos conclusions étaient similaires, les étudiants ont considéré les jeux de rôle utiles mais stressants. Le feedback personnalisé et constructif a été très apprécié par les observateurs et les acteurs, même s'il exposait à la critique et faisait craindre de paraître incompetent. Un cadre bienveillant et un atelier en petit groupe (parfois en quadrinôme) amélioraient le ressenti. Les étudiants ont apprécié que leur enseignant fasse le jeu de rôle, cela leur a donné confiance et leur a permis de voir un entretien adéquat.

L'enseignement RPMP 2 a satisfait davantage les étudiants de DES 1 que de DES 2. Ceci pouvait s'expliquer par le fait que les étudiants de DES 1 étaient en stage chez le praticien simultanément aux enseignements RPMP, ce qui leur permettait de mieux visualiser le contexte, les situations complexes et l'aspect pratique de l'enseignement (17,18). Les étudiants de DES 2 avaient plus d'expérience clinique ce qui pouvait être associé à une baisse d'empathie et une diminution de l'intérêt porté aux enseignements (6).

A Nantes, un enseignement sur la RMP destiné aux externes a été évalué (18). Quatre Travaux Dirigés étaient proposés aux étudiants de façon concomitante à un stage sur le thème de la RMP, de l'entrevue médicale, des outils communicationnels et du professionnalisme. L'évaluation par auto-questionnaire montrait que les étudiants étaient satisfaits de cet enseignement. Les auteurs avaient aussi remarqué que l'association au stage permettait une contextualisation et un apprentissage concret. La motivation des enseignants était jugée positive par 49% des étudiants, ce qui invitait à poursuivre les explorations dans ce domaine. Leur étude comportait un feedback des

enseignants. Cette étude ne permettait pas de juger l'efficacité de l'enseignement. Les auteurs expliquaient que cet enseignement relevait plutôt d'une sensibilisation que d'une véritable formation à des compétences.

Dans notre étude, les internes suggéraient d'enrichir le diaporama avec la présentation d'outils concrets et de distribuer un support récapitulatif utilisable en consultation. Des supports pédagogiques étaient souhaités comme des vidéos, des références bibliographiques, des exercices de simulation et des ateliers avec des intervenants extérieurs au domaine médical. Plusieurs thèmes ont été proposés pour des ateliers futurs comme la prise en charge des addictions et comment identifier le profil psychologique d'un patient.

A Créteil, la satisfaction des étudiants de 3ème année concernant leur formation à la RMP a été étudiée, via un questionnaire semblable à celui de notre étude (19). L'enseignement comportait six séances de groupes de parole, six séances de jeux de rôle co-animés par un médecin et un spécialiste de la psychologie et l'écriture d'un texte avec références bibliographiques. Les objectifs étaient d'apprendre à identifier et gérer les émotions, à identifier sa place dans la relation, à distinguer la prise en charge relationnelle de la lutte rationnelle contre la maladie. Les étudiants ont montré un taux de satisfaction globale supérieur à 80% (comme notre étude) et les enseignants ont jugé positivement leur participation et leurs travaux personnels. La co-animation permettait de modérer les idées transmises par l'enseignant. Les auteurs insistaient sur l'importance de former les étudiants dès les premiers stages, moment où leur identification au malade est puissante et où le risque de traumatisme psychologique est plus élevé.

La formation à la relation médecin-patient mérite une large place dans le cursus universitaire. Acquérir de véritables compétences en communication demande un entraînement intensif et régulier, qui associe mises en pratique et réflexions théoriques. A titre d'exemple, les résidents de médecine de famille de l'université de Montréal reçoivent 40 à 60h de formation à la communication en deux ans (8). Les jeux de rôle, les exercices de simulation par un patient, un médecin ou un acteur et les examens cliniques objectifs structurés (ECOS) sont performants pour améliorer les habilités communicationnelles lorsqu'ils sont suivis d'un feedback

descriptif, non jugeant et spécifique. Les exercices de réflexion entraînent des prises de conscience efficaces pour induire un changement de comportement. Les thèmes peuvent concerner l'éthique, le professionnalisme, l'approche centrée-patient, les exercices de connaissance de soi, la gestion des émotions des patients et du médecin. Les outils et supports peuvent être des témoignages de patients, de psychologues ou d'acteurs (incarner le rôle du médecin fait appel à certaines compétences dramaturgiques), des groupes de pairs type Balint, des lectures, des vidéos, des bandes-sons de consultations réelles enregistrées par les étudiants, le photo-langage, la médecine narrative, le remue-méninges, le portfolio, des exercices de clowns, des conférences gesticulées, du théâtre forum (11,17). Le jeu de rôle comporte des variantes avec la possibilité d'être en trinôme (médecin-patient-observateur) et de jouer une situation vécue, ce qui favorise l'authenticité et la confiance des étudiants.

Depuis quelques mois la faculté de Montpellier-Nîmes a créé des ateliers de formation à la relation pour les internes, qui permettront d'approfondir les questionnements liés à la RMP.

Un atelier de découverte de l'entretien motivationnel était proposé aux internes, l'enseignement complet nécessitant l'inscription à un Diplôme Universitaire à la faculté de Nîmes. Cet enseignement s'appuie sur les valeurs de l'ACP et permet d'acquérir les connaissances et les outils nécessaires pour stimuler et soutenir le changement de comportement des patients.

Le projet est également d'intégrer des patients aux enseignements pour avoir une approche expérientielle plus précise.

La validation des compétences en communication est nécessaire.

A la faculté de Montpellier-Nîmes, la validation des compétences médicales utilise différents outils pédagogiques et repose sur le portfolio tutoré. Les compétences relationnelles et communicationnelles sont suivies sur le portfolio dans une vision formative à partir des RSCA (récits de situation complexe authentiques), des GEPT (groupes d'échanges de pratique tutorés), et des commentaires du tuteur. La difficulté est que le portfolio est aussi un outil de validation. Les compétences sont donc également validées en fin de phase socle (1ère année) et de phase d'approfondissement (3ème année) par le DUMG à partir de toutes les traces

d'apprentissage et les commentaires du tuteur. Il n'existe pas de validation formelle des compétences relationnelles à partir d'une grille de référence. L'attribution d'une note ne semble pas pertinente. Cela suscite du stress chez les étudiants et a des répercussions négatives sur leurs performances (16).

La validation nécessite une méthode d'évaluation fiable, comme un entretien avec un patient standardisé, un examen clinique objectif structuré ou un enregistrement vidéo ou audio d'une consultation réelle (5,8,20). L'évaluateur peut être un médecin, un enseignant, un étudiant ou un patient. La grille d'évaluation la plus utilisée est la grille de Calgary-Cambridge (10). Des méthodes d'évaluation plus économiques et plus simples à mettre en place existent mais sont moins précises, comme l'évaluation écrite des connaissances et l'auto-évaluation basée sur le score PPOS (*Patient-Practitioner Orientation Scale*) et le score CSAS (*Communication Skills Attitude Scale*) (21). L'évaluation continue par les enseignants peut être utilisée, formalisée en France par le portfolio et le tutorat.

Le feedback des étudiants s'intègre dans l'approche centrée-apprenant

(13). Cette conception humaniste de la pédagogie perçoit l'étudiant comme un égal, c'est-à-dire un adulte qui a de l'expérience, des émotions, un vécu et des croyances. Elle s'appuie sur l'autonomie d'apprentissage et l'apprentissage de tâches complètes, complexes et signifiantes. L'enseignant devient un modèle de rôle explicite, chargé de fournir des ressources adéquates à l'apprentissage et capable de fournir une rétroaction intellectuelle et affective aux étudiants. Une attention particulière doit être portée au fait que les étudiants en médecine sont peu performants en auto-direction des apprentissages (13). Cette approche suscite chez certains enseignants la crainte de voir la qualité des enseignements diminuer en appauvrissant l'apport de connaissances. L'évaluation des enseignements par les étudiants ou SET (*Student Evaluation of Teaching*) permet de produire un feedback constructif à l'équipe pédagogique et d'améliorer les enseignements. Parallèlement les étudiants se sentent considérés et impliqués dans l'enseignement. L'évaluation peut porter sur l'ambiance, l'attitude professionnelle et soutenante de l'intervenant, la communication d'objectifs, l'évaluation des étudiants, la qualité des feedback émis et la promotion de l'auto-apprentissage (22).

Un enseignement de qualité implique la formation d'enseignants cliniciens compétents qui soient des modèles de rôle adéquats et explicites.

Une corrélation est faite entre la relation médecin-patient et médecin-étudiant, qui tend à présenter un bon médecin comme un bon enseignant (23). Or si les principes de communication sont similaires (écoute active, empathie, recherche du niveau de compréhension pour fournir une information adaptée), la pédagogie est une discipline spécifique. D'après l'étude du Dr Chamberland (1), les qualités attendues d'un bon enseignant clinicien sont une expertise clinique, des habilités pédagogiques et des qualités personnelles (compassion, intégrité, honnêteté, habilités interpersonnelles et souci des autres, enthousiasme pour l'enseignement et la médecine, engagement vers l'excellence et le développement, sens de l'humour). Un « bon modèle de rôle » a la capacité d'analyser une situation relationnelle et d'expliquer son propre comportement, en s'adaptant au niveau de compréhension des étudiants. Il sait émettre un feedback constructif aux étudiants dans un cadre bienveillant et non jugeant, de façon à stimuler la réflexion des étudiants et à améliorer leur pratique.

Les stages sont propices à l'acquisition de compétences en matière de RMP, mais l'enseignement y est souvent aléatoire, informel et implicite. Certains médecins ont une approche centrée sur la maladie plus que sur le patient. Les compétences relationnelles sont souvent reléguées au second plan. Quand les cours de la faculté sont trop idéalistes par rapport à la réalité des stages, les étudiants perdent leur vision ACP et leur capacité d'apprentissage sur le plan relationnel baisse (17). L'apprentissage en stage s'appuie encore trop souvent sur la méthode « *See one, Do one, Teach one* » (« Regarde une fois, Fais-le une fois, Enseigne-le »), méthode qui permet d'enseigner des pratiques de façon très rapide mais succincte et qui n'a pas fait ses preuves en matière de sécurité pour les patients.

Améliorer ses performances pédagogiques nécessite des mises en pratique et des rétroactions régulières par les étudiants, des pairs ou des conseillers pédagogiques. Une remise en question régulière de son comportement et des outils pédagogiques est la clef de l'amélioration d'un enseignement. Les exercices d'auto-évaluation sont efficaces pour améliorer les compétences pédagogiques des enseignants (24). Le feedback des étudiants est un solide outil de réflexion notamment quand il soulève un vrai problème. L'étude du Dr Sommer (10) présente plusieurs pistes d'amélioration. Les enseignants

estiment que les étudiants sont compétents pour identifier les forces et faiblesses des enseignements. Leurs commentaires écrits sont appréciés. L'évaluation par les étudiants n'est pas suffisante pour juger la qualité d'un enseignement. L'analyse du feedback des étudiants avec un conseiller en pédagogie, jugé plus crédible qu'un pair, augmente le bien-être de l'enseignant et a prouvé son efficacité (10,24,25). Lorsque les résultats des évaluations indiquent des aspects à améliorer, les enseignants souhaiteraient que la faculté leur fournisse des ressources et des outils concrets pour s'améliorer. Ils demandent aussi l'instauration de mesures disciplinaires à l'égard des professeurs qui éprouvent des difficultés constantes en enseignement et ternissent l'image de la profession. Dr Lempp (26) suggère d'imposer des formations aux médecins référents des stages. Au DUMG de Montpellier-Nîmes, une mise à niveau est prévue pour les maîtres de stage autour des concepts de l'ACP et des techniques de communication. Ils sont sensibilisés aux enseignements que reçoivent leurs internes. En effet les concepts abordés durant les enseignements ne peuvent être assimilés que s'ils sont employés en situation concrète, pratique, en supervision directe ou indirecte. Dans le cadre de la supervision indirecte, l'outil idéal est la supervision par vidéo au cours de consultations authentiques. Son développement en France est attendu et doit répondre à des contraintes techniques et éthiques. D'autres pays l'utilisent déjà comme les Pays Bas et le Canada (27,28).

La relation médecin-patient se transmet aussi par le curriculum caché.

Cette culture médicale implicite influence les étudiants de façon insidieuse lorsqu'ils côtoient le milieu médical. D'après Dr Lempp (26), les valeurs négatives véhiculées sont l'esprit de compétition, la neutralisation des émotions et la culture de la perfection. Les humiliations qui en résultent sont des freins à l'écoute et à la collaboration. Le curriculum caché enseigne la perte d'idéalisme, l'adoption d'une identité professionnelle ritualisée, la neutralisation émotionnelle, les changements de critères de l'intégrité morale, l'acceptation de la hiérarchie et l'apprentissage des aspects informels d'un « bon médecin » (29). Des outils ont été mis au point pour analyser le curriculum caché, tels que les auto-questionnaires « Curriculum, culture et communication » (C3) et le PPOS. Ces mesures restent descriptives. Elles permettent de comparer le climat d'apprentissage dans le temps ou entre établissements. Pour lutter contre les effets

néfastes du curriculum caché et favoriser l'empathie, Dr Neumann et son équipe (6) suggèrent de former les internes à la gestion du stress grâce à des exercices de méditation en pleine conscience, de gestion des émotions, de découverte de soi ou de groupes Balint. Mais la véritable question est plutôt : comment modifier ce curriculum caché ? Dr Lempp suggère de mettre en place un système de déclaration anonyme des humiliations subies pendant les stages. Changer les mentalités demande une prise de conscience, un apprentissage des comportements alternatifs et un engagement de chacun pour faire respecter ces valeurs.

Conclusion

Les étudiants sont globalement satisfaits par l'enseignement, son utilité, son organisation et ses outils pédagogiques. L'apprentissage d'outils de communication, des valeurs de l'approche centrée-patient, de la gestion de situations relationnelles complexes a été appréciée. Les jeux de rôle sont jugés interactifs, enrichissants et applicables en pratique. L'abécédaire ALLIANCE a été jugé long et peu intéressant. Evaluer les apports des enseignements sur la pratique serait pertinent mais nécessite des outils et des évaluations complexes.

Cet enseignement mérite une grande place dans le cursus universitaire. L'acquisition d'aptitudes communicationnelles demande du temps, de la pratique et des exercices de réflexion. La validation formelle des compétences relationnelles semble nécessaire. L'amélioration de l'enseignement nécessite une rétroaction des étudiants, la formation des enseignants et la formation des maîtres de stage à la relation médecin-patient et à la pédagogie pour qu'ils soient des modèles de rôle explicites et adéquats.

ANNEXES :

Annexe 1. Trame pédagogique de la session RPMP 1		
Durée	Objectif pédagogique	Outils employés (supports, méthodes) Déroulement de l'activité
30 min	Créer une dynamique de groupe dans le non-jugement et la bienveillance Recueillir l'expérience sur le stage Recueillir les attentes des étudiants au sujet de la RPMP dans leur stage	Tour de table : présentation de chacun, de comment se déroule son stage et de ses attentes sur la RPMP pendant le stage. Diaporama : présentation de la spirale intégrative des compétences à l'ACP et de ses valeurs : Empathie, Authenticité, Attitude positive inconditionnelle, Non jugement, Bienveillance. Attentes et besoins du séminaire écrites sur un Paperboard
45 min	Explorer les représentations de la RPMP	Abécédaire « ALLIANCE » : voir Annexe 3.
20 min	Adopter une posture d'écoute : disponibilité, intention d'écouter l'autre tel qu'il se présente Apprendre à écouter et à s'écouter	Atelier en binôme : - raconter une situation vécue en rapport avec la RPMP - écoute active puis restitution précise, en finissant par « Y a-t-il une chose importante à tes yeux qui a été oubliée ? » Discussion en binôme sur les émotions ressenties et les critères d'une écoute attentive (attitudes non verbales++)
45 min	Pratiquer les reformulations et un questionnement ouvert	Exercice d'entretien : présentation d'une situation complexe à partir de laquelle chacun écrit une réponse adaptée du médecin

Annexe 1. Trame pédagogique de la session RPMP 1		
	pour favoriser une réponse empathique	Exercice d'ouverture de questions fermées Discussion en groupe sur les réponses possibles et la réaction qu'elles peuvent susciter chez le patient. Choix d'une réponse empathique.
30 min	Utiliser les techniques de communication pour mener un entretien ACP empathique	Jeu de rôle Observateurs : repérer les attitudes relationnelles du patient et du médecin et leurs impacts sur la RPMP
15 min	Travailler la réflexivité de l'étudiant sur ses acquisitions	Grille anonyme d'évaluation
15 min	Synthèse des points clés Chercher un cas complexe pour le séminaire 2	Diaporama

Annexe 2. Trame pédagogique de la session RPMP 2		
Durée	Objectif pédagogique	Outils employés Déroulement de l'activité
30 min	Identifier les situations où la RPMP pose problème Utiliser l'écoute active et la reformulation pour clarifier une situation complexe	Tour de table : échange d'expériences
2h30	Gérer des situations relationnelles complexes Décrire les étapes de gestion d'une émotion d'un patient selon Vannotti : reconnaître les moments d'émotions, demander au patient ce qui se passe, nommer l'émotion, la légitimer, respecter les efforts du patient pour faire face, lui offrir aide et soutien pour le futur.	Jeux de rôle : - demande injustifiée - plainte itérative avec tentative de mise en échec du praticien - patient agressif - annonce d'une mauvaise nouvelle - tentative de séduction - rejouer une scène en intégrant la gestion d'une émotion selon Vannotti Diaporama avec gestion théorique des situations présentées Analyser et résoudre les problèmes soulevés
20 min	Synthèse sur les concepts de l'ACP	Diaporama

Annexe 3. Description de l'exercice d'abécédaire (*fmc-ActioN – Perfectionnement à l'animation – Bernard Clary – 2018*)

→ **Objectif pédagogique :**

- Permettre, en un temps très rapide et ludique, la prise de conscience des différences des vécus et des représentations entre les présents.
- Montrer que chaque soignant a des idées préconçues sur chacun des thèmes abordés, et cela avant même d'être en présence des malades.

→ **Fonctionnement pratique de l'atelier :**

- Des mots liés au thème du séminaire sont préalablement choisis (ex : ALLIANCE). On ne prend que 1 lettre en cas de doublon. Ici ce sera « ALINCE ».

- Pour ces mots, l'animateur invite les participants à choisir un mot commençant par A, L, I, etc. Les médecins participants ne sont pas obligés d'avoir noté un mot pour toutes les lettres. C'est surtout la rapidité de l'association de mot qui compte. A comme A...; L comme L..., etc. Préciser que l'ensemble de cette phase ne doit pas durer plus de 5 minutes pour les 2 mots.

- Le recueil des mots se fait alors mot après mot. Il est possible de constater alors que la nature des associations et des mots sont en général très différents. Il y a des associations positives ou négatives, associations de mots témoignant des représentations différentes des médecins.

Après cette première étape, faire choisir une des lettres par le groupe.

L'animateur reprend l'ensemble des mots qui ont été associés à cette lettre.

- Avec l'ensemble de ces mots, l'animateur demande à chaque médecin de rédiger seul et en silence une phrase qui correspond pour lui au mot étudié. Il est possible de rajouter des mots de liaison pour faire sa phrase.

- Faire ensuite un tour de table en notant au tableau de papier ou sur transparent les différentes phrases.

- Le groupe doit ensuite choisir pour chacun des deux mots une phrase parmi celles qui ont été rédigées, phrase qui apparaîtra comme étant la plus représentative des idées du groupe. Cette phase est essentielle et va demander à l'animateur une animation souple, ouverte, non sanctionnante pour les phrases laissées de côté.

- Noter les phrases correspondant aux différents mots sur un transparent qui pourra être présenté en plénière.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- (1) Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2005 ; 6 : 98-111.
- (2) Grondin J, Vergnes JN. Esthétique et relation de soin en odontologie [thèse]. Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2015.
- (3) Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer* 2017 ;132:187-8.
- (4) Brejon C. Le patient formateur dans un enseignement de l'approche centrée patient à la faculté de médecine de l'UPEC : projet exploratoire [Thèse]. Paris : UPEC ; 2016.
- (5) Philippe M, Guichard F. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale [thèse]. Grenoble : Université de médecine Joseph Fourier ; 2014.
- (6) Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons : a systematic review of studies with students and residents. *Academic Medicine*. August 2011; Vol. 86, No. 8 : 996-1009.
- (7) Perdrix C, Pigache C, Dupraz C, Farge T, Maynié-François C et al. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exercer*, 2016.
- (8) Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5 : 110-126.
- (9) Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in Medicine. Abingdon (UK), Radcliffe Medical Press, 1998.
- (10) Sommer J, Lanier C, Junod Perron N, Nendaz M, Clavet D, Audétat MC. A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient centered approach. *Patient education and Counseling*. 2016 ; (99) : 600-609.
- (11) Smit G, Bally JN, Gocko X. Enseignement de la compétence "approche centrée sur le patient" : outils des départements de médecine générale français. *Exercer* 2018;141;133-8.

- (12) Bayle S. Modalités d'enseignement de l'entretien médical aux étudiants en DFGSM 2 et 3 à l'UPEC et approche centrée patient [thèse]. Paris : UPEC ; 2016.
- (13) Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* 2003;4 : 163-175.
- (14) Brandl K, Rabadia SV, Chang A, Mandel J. Benefits of focus group discussions beyond online surveys in course evaluations by medical students in the United States : a qualitative study. *J Educ Eval Health Prof.* 2018;15:25.
- (15) Lussier MT, Richard C. La communication professionnelle en santé 2ème édition, Pearson, ERPI Médecine, 2016.
- (16) Ruiz-Moral R, Garcia de Leonardo C, Martinez C, Monge Martinez D. Medical Students' perceptions towards learning communication skills : a qualitative study following the 2-year training programme. *International Journal of Medical Education.* 2019 ; 10:90-97.
- (17) Koponen J, Pyorala E, Isolatus P. Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Medical Teacher.* 2012 ; 34:3, e198-e207.
- (18) Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Evaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes . *Pédagogie Médicale* 2004 ; 5. : 159-166.
- (19) Even G. Enseigner la relation médecin-malade : Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale* 2006;7:165-173.
- (20) Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine : a review with quality grading of articles . BEME Guide No.2, UK, 1999.
- (21) Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning : The Communication Skills Attitude Scale. *Med Educ.* 2002 ; 36:141-147.

- (22) Al Ansari A, Strachan K, Hashim S, Ootom S. Analysis of psychometric properties of the modified SETQ tool in undergraduate medical education. BMC Education. 2017 ; 17 :56.
- (23) Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé publique. 2007 ;5 (Vol .19) : 413-425.
- (24) Normand S, Bernard H. Les professeurs cliniciens se prononcent sur l'évaluation de l'enseignement. Pédagogie Médicale. 2002;3:202-209, Canada.
- (25) Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Peters WG, van Coppenolle L, Scherpbier AJ. Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2010 Aug;15(3):315-28.
- (26) Lempp H. The hidden curriculum in undergraduate medical education : qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. 2004;326:770-3.
- (27) Armengau C, Delacour C. Opinions d'internes en médecine générale sur l'auto-évaluation de leur communication au moyen de l'enregistrement vidéo. Exercer 2015;121(suppl2):S62-S63.
- (28) Vannotti M, Marin C. L'enregistrement vidéo de consultations de médecine générale : quelle utilité pour la formation ? Psychothérapies. 2009 ; 29 (4) : 219-224.
- (29) Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. Presse Médicale. 2014 ; 43 : 358-362.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction : L'approche centrée-patient améliore la satisfaction personnelle des soignants et des patients, diminue les dépenses de santé et diminue les procédures judiciaires engagées contre des soignants. La formation des jeunes médecins à la relation médecin-patient est primordiale. A la faculté de Montpellier-Nîmes, les outils pédagogiques utilisés sont le jeu de rôle, l'abécédaire ALLIANCE et des exercices de reformulation. Cette étude a analysé le niveau de satisfaction des internes à propos de cet enseignement et recueilli les points-forts appris pendant l'enseignement et les possibilités de mise en pratique.

Méthode : 196 questionnaires de satisfaction en format papier ont été analysés.

Résultats : Les étudiants étaient globalement satisfaits par l'enseignement, son utilité, son organisation et ses outils pédagogiques. La satisfaction globale moyenne était de 3,24/4 pour la première partie de l'enseignement et de 3,31/4 pour la seconde partie. L'apprentissage d'outils de communication, des valeurs de l'approche centrée-patient, de la gestion de situations relationnelles complexes a été appréciée. Les jeux de rôle étaient jugés interactifs, enrichissants et applicables en pratique. L'abécédaire ALLIANCE a été jugé long et peu intéressant.

Discussion : Cet enseignement mérite une grande place dans le cursus universitaire. La pédagogie expérientielle permet l'acquisition d'aptitudes communicationnelles. De nombreux outils pédagogiques permettent de stimuler la réflexion des étudiants. L'amélioration de l'enseignement repose sur la rétroaction des étudiants, la formation des enseignants et la formation des modèles de rôle à une relation médecin-patient adéquate.

Mots-clés : approche centrée-patient, communication, enseignement, apprentissage, étudiants en médecine, internat, médecine générale, satisfaction