



HAL
open science

Évaluation de l'impact de formations à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles d'étudiants en médecine lors de consultations médicales simulées

Lucie Bosméan

► **To cite this version:**

Lucie Bosméan. Évaluation de l'impact de formations à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles d'étudiants en médecine lors de consultations médicales simulées. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02971684

HAL Id: dumas-02971684

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02971684>

Submitted on 20 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2019-2020

**Evaluation de l'impact de formations à la relation soignant-soigné
sur les compétences relationnelles d'étudiants en médecine lors de
consultations médicales simulées**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

BOSMEAN Lucie

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE,
LE 16/10/2020.

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Présidente du jury : Mme le Professeur Marie-Thérèse LECCIA, PU-PH

Membres du Jury : M. le Professeur Philippe CHAFFANJON, PU-PH

Mme le Docteur Anne-Claire TOFFART, MCU-PH

Mr le Docteur Farouk BENDAMENE, MCA

Mr le Docteur Alexandre BELLIER, Assistant Hospitalo-Universitaire
(Directeur de Thèse)

Mme Pauline BOUCHET, MCF

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologique Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Abréviations

4HCS : 4-Habits Coding Scheme (Système de Codage des 4 Habitudes)

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

CNA : Centre National d'Appui

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DU : Diplôme universitaire

ECN : Examen Classant National (Ancien concours de l'internat)

EIQ : Espace Inter-Quartile

iECN : Examen Classant National informatisé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ISNAR : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

MBI : Maslach Burn Out Inventory

PACES : Première Années Communes aux Etudes de Santé

QA : Questionnaire d'accomplissement (sous partie du MBI)

RPS : risques psycho-sociaux

STAY : Questionnaire d'Anxiété Générale (Spielberger)

Table des matières

Résumé.....	9
Version Française	9
Version Anglaise.....	10
Introduction	11
Approche centrée patient et compétences relationnelles	11
Communication	11
Structuration de l'entretien	13
L'empathie.....	14
Les risques psycho-sociaux et l'épuisement professionnel.....	15
Pédagogie.....	17
Formations en communication	17
Echelle 4-HCS	19
Objectifs	21
Matériels et méthodes.....	22
Conception et mise en place de l'étude	22
Participants	22
Consultations avec des patients standardisés	22
Mesure des compétences interpersonnelles	23
Les différentes formations préalables aux consultations simulées	24
Pack Immersion.....	24
Formation à l'écoute active et en communication de HELPS	25
Formation à l'écoute Locomatik	26
Evaluation des risques psycho-sociaux chez les étudiants en médecine.....	28
Considérations éthiques.....	28
Analyse statistique	28
Résultats.....	30
Description de l'échantillon	30
Résultats de l'objectif principal.....	32
Résultats des objectifs secondaires	32
Discussion.....	36
Principaux résultats.....	36
Interprétation des résultats	36
Points forts et limites	38
Compétences relationnelles.....	39
Intérêt pédagogique et sociétal	39
L'intelligence émotionnelle.....	40

Prévention des risques psycho-sociaux.....	41
Violences thérapeutiques et perte de qualité des soins	41
Causes des RPS chez les étudiants en médecine	41
Prévention des RPS	43
Pédagogie.....	44
Valorisation de l'apprentissage des compétences relationnelles	44
Intégration dans le cursus médical	45
Impact des formations	47
Conclusions	49
Bibliographie	51
ANNEXES	60
SERMMENT D'HIPPOCRATE.....	65
DECLARATION DE GENEVE, WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2017	66
Remerciements	67
Remerciements professionnels.....	67
Remerciements personnels.....	73

Résumé

Version Française

En médecine, l'approche centrée sur le patient repose sur les compétences relationnelles, qui ont un impact sur les relations interpersonnelles des professionnels de santé et la qualité des soins. Des formations commencent à être délivrées par les universités pour leur apprentissage. Notre objectif principal était donc de mesurer l'impact que peuvent avoir ces formations à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles auprès d'étudiants en médecine lors de consultations simulées filmées. Les objectifs secondaires étaient de comparer l'efficacité des différents types de formations, ainsi que d'évaluer le lien entre les compétences relationnelles des étudiants et leurs risques psycho-sociaux.

L'analyse du critère de jugement principal (le score synthétique de l'échelle 4-HCS sur 115 points) a montré une différence de 5 points entre la population d'étudiants ayant suivi au moins une formation et ceux qui n'en ont pas bénéficié ($p = 0,001$). Cette différence est d'autant plus marquée lorsque les étudiants ont réalisé plusieurs formations, jusqu'à 14 points de plus avec 3 formations ($p = 0,001$), chacune ayant des résultats positifs dans des domaines différents de la relation de soin.

Malgré des niveaux moyen et faible d'anxiété retrouvés dans notre population, une formation à la relation soignant-soigné a un effet positif mais non significatif sur l'anxiété des étudiants ($p=0,559$) et sur leur accomplissement professionnel ($p=0,942$).

Les formations à la relation de soin dispensées actuellement en formation initiale semblent efficaces sur l'amélioration des compétences relationnelles. Une répétition de ces formations est nécessaire pour accroître leur impact et des efforts supplémentaires restent indispensables dans la prévention des risques psychosociaux et de leurs conséquences. L'intérêt pédagogique, universitaire et sociétal des compétences relationnelles pousse à questionner davantage son enseignement et l'intelligence émotionnelle semble montrer un intérêt particulier dans ce contexte.

Version Anglaise

In medicine, the patient-centered approach is based on relational skills, which have an impact on health professionals' interpersonal relationships and the quality of care. Training is beginning to be provided by universities for their apprenticeship.

Our main objective was therefore to measure the impact that this training in the caregiver-patient relationship can have on interpersonal skills among medical students during simulated filmed consultations. The secondary objectives were to compare the effectiveness of the different types of training, as well as to evaluate the link between the students' interpersonal skills and their psychosocial risks.

The analysis of the primary endpoint (i.e. the synthetic score of the 4-HCS scale out of 115 points) showed a difference of 5 points between the population of students who had attended at least one training course and those who did not have ($p=0.001$). This difference was even more marked when the students had completed several trainings, up to 14 points higher with 3 trainings ($p=0.001$), each with positive results in different areas of the care relationship.

Despite the average and low levels of anxiety found in our population, training in the caregiver-patient relationship has a positive but not significant effect on students' anxiety ($p=0.559$) and on their professional accomplishment ($p=0.942$).

Caregiver-patient relationship training currently provided in initial training appears to be effective in improving interpersonal skills. A repetition of this training is necessary to increase their impact and additional efforts remain indispensable in the prevention of psychosocial risks and their consequences. The pedagogical, academic and societal interest in interpersonal skills leads to further questioning of its teaching and emotional intelligence seems to show a particular interest in this context.

Introduction

Approche centrée patient et compétences relationnelles

La recherche permanente de l'amélioration des soins reste indissociable de la question de la relation de soin. Depuis la loi du 04 mars 2002 (loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), l'approche du patient a été repensée et enseignée différemment (1). La volonté d'abandon du paternalisme médical a permis le développement de l'approche centrée sur le patient et la création du statut de patient expert (2). Cette vision du soin s'appuie sur une relation de partenariat entre le patient, ses proches et le professionnel de santé ou une équipe pluri-professionnelle. L'objectif est d'aboutir à la construction commune d'une option de soin, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps (3). L'approche centrée sur le patient considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient, acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé et les répercussions sur sa vie personnelle ainsi que sur celle de ses proches (3). Elle se fonde donc sur une personnalisation des soins, le développement et le renforcement des compétences du patient pour partager les décisions avec les soignants, lui permettant de s'engager dans les soins avec une continuité temporelle (3). Un médecin doit donc prêter attention aux symptômes des patients, mais aussi explorer les idées, préoccupations, attentes sous-jacentes et l'impact des symptômes sur la vie quotidienne (4,5) pour permettre une prise en charge complète (6). Les compétences relationnelles ont ainsi une importance considérable dans la création de la relation de soin (7–11). Elles peuvent être considérées comme une entité regroupant la communication, la structuration de l'entretien médical et l'empathie (12).

Communication

Le soin repose fondamentalement sur l'interaction humaine (13). C'est ainsi que les patients ont déclaré ressentir une baisse significative de leur douleur et de leur anxiété lorsque les praticiens

leur administraient des analgésiques de façon rassurante, chaleureuse et amicale, comparativement à ceux qui adoptaient un mode d'administration non émotionnel (14). De même, les patients atteints d'amygdalite se rétablissaient plus rapidement lorsque les praticiens étaient amicaux, c'est-à-dire qu'ils encourageaient les questions et formulaient le pronostic favorablement (15). Cette recherche suggère que l'investissement du soignant dans la relation de soins (par exemple les informations délivrées sur les traitements et la pathologie) agit en plus de l'effet des traitements pharmacologiques spécifiques (16).

Devant ce constat, la communication efficace est considérée comme l'une des compétences les plus importantes du médecin (17). Selon l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), l'American Board of Medical Specialties (ABMS), l'Association of American Medical Colleges (AAMC), le General Medical Council (GMC) et la World Federation for Medical Education (WFME), les compétences en communication et en relations interpersonnelles font partie des compétences essentielles à enseigner dans les programmes de médecine et des plus appréciées par les patients et les pairs (6,12,16). Cette déclaration est renforcée par le fait qu'une mauvaise communication et le fait de ne pas comprendre le point de vue du patient sont fréquemment signalés comme étant une des principales causes de plaintes (18–20).

Bien que difficile à définir, il est généralement admis que la communication médecin-patient englobe trois grands domaines. Ces domaines comprennent : la collecte d'informations qui peut aider au diagnostic ; le transfert d'informations qui consiste à fournir des renseignements au patient sur les options de traitement ou l'adhésion aux régimes de santé ; et les compétences interpersonnelles générales, qui couvrent des domaines comme l'empathie, le professionnalisme et le contrôle du temps de consultation disponible (18).

En plus de résultats positifs auprès des patients, l'amélioration de la communication est aussi visible dans le travail d'équipe. Une meilleure communication interprofessionnelle entre

soignants permet une meilleure collaboration et une meilleure défense des intérêts des patients (21). Elle permet aussi d'augmenter la qualité des soins et de diminuer les coûts humains ou économiques dus aux évènements indésirables. L'effet des relations entre les médecins et le personnel infirmier sur la sécurité des patients, l'impact de la collaboration médecin-infirmière sur les systèmes conçus pour protéger la sécurité des patients et les programmes éducatifs visant à assurer une collaboration interdisciplinaire pour faire progresser la sécurité des patients sont au cœur des questionnements d'amélioration du système de santé (22). Enfin, il a été démontré que les aptitudes à la communication ont tendance à diminuer avec le temps, à moins qu'elles ne soient régulièrement rappelées et mises en pratique (23) : c'est ainsi que les formations initiale et continue peuvent tenter de freiner ce déclin.

Structuration de l'entretien

La structure de l'entretien médical a été codifiée pour donner aux étudiants et aux médecins une grille indicative visant à garantir son bon déroulement. Plusieurs études (24–27), et surtout l'approche de Calgary-Cambridge (28), ont donné un descriptif détaillé de la structure de la consultation médicale. Les habiletés communicationnelles sont un répertoire de stratégies propre à chaque phase de la consultation, qui est à employer en fonction de la particularité de chaque situation. Ce répertoire est divisé en trois catégories : les habiletés de contenu (savoir médical), de processus (structuration de la consultation et construction de la relation) et émotionnelles (attitudes et gestion des émotions du médecin) (29). Dans le guide de Calgary-Cambridge, l'entretien médical est constitué de deux tâches transversales, à développer tout au long de la consultation, et de cinq tâches séquentielles (Annexe 1).

L'empathie

L'empathie est un dernier élément clé de la communication entre le patient et le médecin (30). Elle est conceptualisée comme ayant quatre dimensions : Affective, le sentiment avec le patient ; Cognitive, la prise de perspective orientée vers d'autres personnes ; Comportementale, le comportement pro-social ; et Morale, la motivation à prendre soin (30,31,32). Même si la relation entre compétences relationnelles et satisfaction du patient est équivoque (34), il a été démontré que les comportements empathiques affichés par les cliniciens peuvent favoriser plusieurs résultats positifs pour le patient (35), tels que la création d'une alliance thérapeutique, une amélioration de la capacité d'adaptation, une amélioration de la confiance, des relations et de la satisfaction, une augmentation de l'auto-efficacité, une diminution de l'anxiété et de la dépression, une réduction de la douleur (36) et même un impact positif sur les processus physiologiques (19,36,37). En effet, les rencontres jugées parfaites sur le score CARE (Annexe 5) avaient une gravité ($p=0,04$) et une durée de la symptomatologie réduites ($p=0,003$) (39). Les scores de CARE ont également été associés à un changement plus significatif de l'IL-8 ($p=0,02$) et du nombre de neutrophiles ($p=0,09$) (40).

Cependant, il existe une méconnaissance conceptuelle autour de l'empathie, souvent traduite par une tension dans l'éducation médicale entre la distanciation professionnelle et la connexion avec les patients. Les obstacles à l'empathie comprennent un manque d'expérience d'entretiens avec les patients et une forte insistance sur les aspects biomédicaux plutôt que psychosociaux du programme d'études (33).

Dans une étude, Bayne a souligné l'importance du rôle joué par les « modèles » (enseignants) et la nature réciproque du développement de l'empathie dans la formation, suggérant que " les étudiants ont peut-être besoin de recevoir plus d'empathie du corps enseignant, des autres médecins et même de leurs patients avant de pouvoir vraiment comprendre comment établir des

liens empathiques" (41). Or , il a été démontré que l'empathie diminue au cours de la formation, surtout chez les étudiants en phase de pratique clinique et chez les internes qui ont choisi des spécialités éloignées des patients (30,42–44). Cette baisse de l'empathie est généralement considérée comme une constatation valide depuis 2010 (41).

Devant ces constats, l'impact de la baisse des compétences relationnelles sur la santé mentale des soignants se pose et réciproquement.

Les risques psycho-sociaux et l'épuisement professionnel

D'après l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, les Risques Psycho-Sociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents du stress (déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face), des violences internes commises au sein de l'entreprise par des employés (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes) ou des violences externes commises sur des employés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions) (45). Il peut en découler une anxiété, un syndrome dépressif, parfois des syndromes post traumatiques ou un épuisement professionnel (46).

Ce dernier a été défini comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de cynisme (dépersonnalisation) et de réduction des sentiments d'accomplissement personnel liés au travail (47,48).

Il est retrouvé à 44,2% dans l'enquête Nationale sur la santé mentale des étudiants en médecine réalisée en 2017 par l'ANEMF, l'INSI et l'ISNAR. Cette enquête retrouvait également une possible symptomatologie anxieuse chez deux tiers d'entre eux tandis que l'anxiété était

certaine chez un tiers des internes. Le taux de dépression était de 8%, un quart des étudiants avaient eu des idées suicidaires, 14% en présentait au moment de l'enquête(49).

Pour l'évaluation des trois dimensions de l'épuisement professionnel, la littérature s'accorde pour recommander le score du Maslach Burnout Inventory (MBI) (Annexe 3). Pour ce score, les indices statistiques confirment les qualités psychométriques de sa traduction en français, permettant une validation de l'échelle (50). Un autre score validé pour l'évaluation des risques psycho-sociaux est le STAY (Annexe 4) : composé de deux tests, il évalue l'anxiété en tant que trait de personnalité (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement) et de l'anxiété en tant qu'état émotionnel lié à une situation particulière (sentiment d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent à un moment précis). Il a également été validé en français (51). Ces tests permettent une évaluation fiable des conséquences de l'épuisement professionnel.

L'épuisement et la dépression sont réciproquement liés (52). Une revue systématique de la littérature suggère des preuves modérées entre la sécurité des patients et l'épuisement professionnel (53). C'est grâce à ce constat que des recherches plus poussées ont été entreprises sur l'origine de cette situation.

Parmi les causes externes identifiées d'épuisement professionnel lors d'une étude portant sur les internes, assistants et chefs de clinique, nous avons retrouvé la charge de travail, la charge psychologique, le manque d'autonomie, le manque de marge de manœuvre, le support social faible, le manque de reconnaissance, les conflits éthiques et de valeur (45,55,56). Ces causes pourraient être en lien avec les compétences relationnelles.

Pour les causes internes identifiées et pouvant être liées aux compétences relationnelles, la sélection des facultés de médecine peut favoriser les individus ayant des dispositions

tempéramentales, c'est-à-dire des traits perfectionnistes, autocritiques et altruistes, ce qui peut les prédisposer à une vulnérabilité à la dépression (57). Une association très forte entre le degré de névrose et l'épuisement professionnel a été démontrée (58), sans que toutefois les étudiants en médecine soient intrinsèquement plus vulnérables au stress et à l'épuisement professionnel (59). Ils sont même en meilleure santé mentale que leurs pairs au début des études (60).

Pédagogie

Formations en communication

Plusieurs recherches antérieures ont indiqué que les aptitudes à la communication peuvent être enseignées et apprises dans des environnements cliniques simulés et réels (18). Il est important de noter qu'aucune étude à notre connaissance n'a évalué la motivation des étudiants en médecine comme facteur contribuant au succès des interventions éducatives, peu importe le format de l'éducation ou l'importance (1). Une revue systématique récente a montré que presque toutes les interventions éducatives ont permis d'améliorer les comportements de communication des médecins : une amélioration significative de l'information donnée a été démontrée dans 6 études sur 7 portant sur des interventions de haute intensité (plusieurs types d'interventions, délivrées en plusieurs temps, en présentiel). Dans 4 études sur 5, on a constaté un effet significatif sur le comportement des médecins pour vérifier la compréhension des informations données par les patients (61). La plupart des experts partagent la conviction que les bonnes compétences en communication ne sont pas innées et peuvent être acquises par une formation intentionnelle, systématique et expérientielle (28,62).

L'utilisation de méthodes de formation expérientielle (jeux de rôle, interaction avec des patients simulés, pratique suivie d'une rétroaction) pour les étudiants et les formateurs est fortement recommandée (28). Cependant, les étudiants peuvent avoir une perception négative de ces

sessions expérientielles si elles ne sont pas menées dans un climat de confiance, de sécurité et de non-jugement (23). Chaque type de formations à l'entretien médical contribue au processus d'apprentissage d'une manière différente. Afin d'obtenir des effets d'apprentissage optimaux, les éducateurs médicaux doivent être conscients de l'impact spécifique d'une formation sur les aspects cognitif et motivationnel des compétences et poursuivre un mélange équilibré des formats d'enseignement (6). Les étudiants déclarent avoir des compétences, des connaissances et une confiance en communication accrues après les exercices de simulation, mais pas d'augmentation ressentie d'empathie, sauf pour les étudiants placés dans un milieu réel (63). L'utilisation de patients simulés est bénéfique pour améliorer l'intelligence émotionnelle lorsqu'elle est introduite tard dans la formation médicale de deuxième cycle. Quelle que soit leur durée, les interventions semblent avoir de meilleurs effets lorsqu'elles sont menées sur un court laps de temps et tard dans les études (à partir de la fin du deuxième cycle) (1). Il semble qu'une formation de courte durée centrée sur les compétences relationnelles puisse entraîner un changement de comportement significatif ($p=0,01$) et une auto-efficacité sur le long terme ($p=0,042$) (64).

Dans une revue de la littérature, il a été montré que les interventions éducatives peuvent être également efficaces pour maintenir et renforcer l'empathie chez les étudiants en médecine dès le début de formation (moyenne de l'effet de 0,23 sur le score du MERSQI) (41). Ces interventions sont bien accueillies par les étudiants quelle que soit leur forme (art narratif et créatif, écriture, théâtre, formation en communication, apprentissage axé sur les problèmes, formation en compétences interprofessionnelles, entrevues avec des patients, apprentissage expérientiel et formation axée sur l'empathie) (41). Le but des interventions éducatives est de renforcer chez les étudiants la composante cognitive de l'empathie — la " préoccupation

détachée " —, c'est-à-dire la capacité d'une personne à comprendre les expériences d'une autre sans invoquer une réponse émotionnelle personnelle, et si possible sur le long terme (41).

En plus de réduire les erreurs médicales et de renforcer la sécurité du patient, un effet bénéfique de l'éducation en communication est d'augmenter la confiance en soi des étudiants sur le long terme, ce qui participe à garder une bonne santé mentale, surtout pour les sujets travaillant en milieu stressant, comme c'est le cas des étudiants en médecine (20,65,66). Il a été indiqué que la formation en techniques de communication entraîne une diminution de l'anxiété chez les étudiants à l'égard de la communication avec les patients, bien que l'anxiété persiste encore lorsqu'ils sont confrontés à des patients qui sont en détresse émotionnelle (1,67). Une prise en compte de ces critères devient indispensable, d'autant plus que former les étudiants à la prévention des risques psycho-sociaux et les accompagner est devenu une priorité de la Direction Générale de l'Offre de Soins qui propose un axe complet de travail dans sa stratégie nationale pour « prendre soin de ceux qui soignent » (68).

Echelle 4-HCS

Plusieurs instruments existent, sous la forme d'échelle d'évaluation de compétences, pour améliorer la communication dans les équipes de soins (69,70). Ceci converge avec la recommandation de 2011 de l'Organisation Mondiale de la Santé pour que les étudiants en santé se familiarisent avec les outils de communication structurée et soient en mesure de les utiliser avant d'entrer en pratique clinique (66). L'apprentissage de l'utilisation d'un tel outil peut améliorer la clarté et la compréhension de la communication des étudiants, leur confiance en soi et leur préparation à la pratique clinique. Vingt-et-une études ont évalué l'effet spécifique d'un outil sur les résultats scolaires et vingt-sept ont satisfait à sept indicateurs de qualité ou plus parmi ceux conçus pour refléter les qualités de rigueur scientifique applicables à toutes les

études (66,71,72). En effet, bien que certains éléments de la communication clinique puissent être appris par la pratique, tels que la civilité, le maintien d'un contact visuel et l'évitement du jargon médical, des compétences telles que l'établissement de l'ordre du jour, l'utilisation régulière de synthèses et les capacités de perception s'acquièrent moins facilement, même après de nombreuses années de pratique (73).

Il est donc nécessaire de disposer d'instruments standardisés, valides et fiables pour évaluer, à des fins de formation, les compétences interpersonnelles des médecins (12). Au cours des cinq dernières décennies, la relation médecin-patient a été largement étudiée grâce au développement de nombreuses échelles qui mesurent les compétences cliniques et en particulier les compétences en matière de communication (74,75). Plusieurs de ces échelles ont été utilisées dans le cadre de consultations simulées utilisant des patients standardisés (76–78). Lorsque l'enregistrement vidéo de ces consultations est possible d'un point de vue éthique, les compétences interpersonnelles peuvent être facilement évaluées à l'aide d'une de ces échelles et faire l'objet d'un débriefing (79,80). Sur la base de la validité de contenu de l'échelle et de ses propriétés psychométriques, une échelle a particulièrement retenu notre attention : l'échelle Four Habits Coding Scheme (4-HCS) (Annexe 2) (81). Cette échelle comporte 4 sous-parties : S'investir dès le début (Habit 1), Obtenir le point de vue du patient (Habit 2), Démontrer de l'empathie (Habit 3) et S'investir jusqu'à la fin (Habit 4). Pour chacun des 23 items, la notation utilise une échelle de Likert à 5 points. En additionnant les points, l'échelle produit un score composite allant de 23 à 115 points, ainsi que des scores spécifiques pour chaque dimension. La 4-HCS a été utilisée dans plusieurs pays (64,82–85) et une traduction française a été validée récemment (12). Les propriétés psychométriques obtenues étaient satisfaisantes avec une excellente validité (coefficient alpha de Cronbach = 0,94) et une fiabilité satisfaisante

(coefficient de corrélation intra-classe $> 0,60$). Cela permet aux professionnels français de la médecine, étudiants ou seniors, de l'utiliser (86).

Cette échelle peut servir de grille de lecture pour aider les évaluateurs à faire des retours personnalisés aux étudiants, avec une efficacité accrue chez les jeunes médecins par rapport à ceux déjà en activité pour intégrer le système dans leur pratique clinique (83) et la faire transparaître dans les retours.

Objectifs

Nous faisons l'hypothèse qu'un lien fort existe entre les formations à la relation soignant-soigné et le niveau des compétences relationnelles ou encore les risques psycho-sociaux du public cible.

Notre objectif principal était donc de mesurer l'impact que peut avoir une formation à la relation soignant-soigné sur les compétences relationnelles mesurées par l'échelle 4-HCS auprès d'étudiants en médecine.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les différences de niveau de compétences relationnelles en fonction de chaque type de formation en communication reçu au préalable via l'évaluation du patient standardisé et l'échelle 4-HCS, ainsi que d'évaluer le lien entre les compétences relationnelles des étudiants et leurs risques psycho-sociaux en termes d'accomplissement professionnel d'une part et d'anxiété d'autre part.

Matériels et méthodes

Conception et mise en place de l'étude

Nous avons mené une étude transversale dans le domaine de la pédagogie médicale. L'étude s'est déroulée d'octobre 2019 à janvier 2020 au CHU Grenoble Alpes sous l'égide de la faculté de Médecine de l'Université Grenoble Alpes. L'analyse des données a ensuite été effectuée de janvier 2020 à Juin 2020. Les directives internationales STROBE ont été suivies pour cette étude (87).

Participants

Les étudiants en médecine de quatrième année de l'année universitaire 2019-2020 inscrits à la Faculté de médecine de l'Université de Grenoble Alpes étaient éligibles pour participer à l'étude. Les étudiants avaient l'obligation de participer à l'exercice dans le cadre de leur cursus. Chaque étudiant en médecine a participé à une seule consultation simulée. Ils ont été recrutés de manière prospective. Nous avons exclu les étudiants qui n'étaient pas disponibles au moment de leur convocation.

Consultations avec des patients standardisés

Pour cette étude, nous avons usé d'un partenariat original avec le département des arts du spectacle de l'Université de Grenoble Alpes. Ce partenariat interdisciplinaire était destiné à bénéficier à la fois aux étudiants en médecine et aux étudiants en arts du spectacle. Dans le cadre de l'enseignement de l'improvisation, les étudiants en arts du spectacle devaient jouer le rôle d'un patient lors d'une consultation médicale simulée. L'objectif était d'évaluer les compétences interpersonnelles des étudiants en médecine au cours de cette consultation simulée et non pas les connaissances médicales de l'étudiant. Nous avons défini plusieurs scénarii cliniques pouvant être rencontrés en pratique générale. Des sessions préparatoires avec les

acteurs ont permis de travailler sur la simulation et le degré de réalisme de ces cas cliniques. Ensuite, les acteurs ont travaillé avec leur professeur d'improvisation sur 7 personnalités proposées. En effet, en plus des différents scénarii cliniques, nous avons proposé une liste de types de personnalités ou de différents traits de caractère. L'objectif était de placer l'étudiant en médecine dans une situation clinique réaliste avec des patients typiques stéréotypés. Les médecins étaient donc joués par des étudiants en médecine qui commençaient leur stage clinique. Toutes les consultations simulées ont été enregistrées sur vidéo, puis les vidéos ont été stockées dans une base de données sur un serveur sécurisé pour un accès ultérieur à distance (86). La vidéo permettait d'effectuer une ou plusieurs évaluations après la consultation, sans qu'il soit nécessaire d'avoir la présence physique d'un évaluateur pendant la consultation, ce qui aurait pu fausser le comportement de l'étudiant en médecine (88).

Lors de l'exercice de simulation, une consultation type consultation de médecine générale d'une dizaine de minutes était demandée, après un briefing par les équipes enseignantes. Un temps de débriefing immédiat était imposé entre les étudiants des différentes filières juste après l'exercice pour permettre une expression des émotions ressenties pendant l'exercice et un retour sur cette consultation.

Un second retour détaillé a été fait à distance par les enseignants, via un courriel, où les étudiants retrouvaient leur vidéo ainsi que les commentaires des évaluateurs sur leur prestation. Les consultations simulées ont été menées en octobre et novembre 2019 au CHU de Grenoble Alpes. Vingt étudiants en arts du spectacle ont joué les patients.

Mesure des compétences interpersonnelles

Chaque consultation a été évaluée par un médecin parmi trois ayant une expérience de la simulation et des compétences interpersonnelles. Ceux-ci ont évalué les vidéos indépendamment les uns des autres pendant la même période. Ils ont effectué les évaluations à

domicile, généralement en sessions de deux heures consécutives maximum. Les évaluateurs ont rempli un formulaire en ligne dans lequel tous les éléments de l'échelle 4-HCS étaient obligatoires, il ne pouvait donc pas y avoir de données manquantes. L'évaluation avec l'échelle 4-HCS a permis d'obtenir un score total et 4 sous-scores correspondant à chaque dimension (Habit1, Habit2, Habit3 et Habit4). Le score à l'échelle 4-HCS était le critère de jugement principal de l'étude. Le score 4-HCS a été calculé en aveugle des formations effectuées par l'étudiant.

En plus de l'évaluation par l'échelle 4-HCS, il a été demandé aux étudiants d'Arts du spectacle de remplir une évaluation sur leur ressenti en tant que patient par l'intermédiaire d'une échelle visuelle analogique (EVA) côtée de 0 à 10, inspirée d'une échelle des consommateurs de services et des systèmes de santé (ACSP, www.cahps.gov). La question était : "À l'aide de cette échelle visuelle analogique, où cette extrémité représente le pire médecin possible et l'autre le meilleur médecin possible, merci d'évaluer ce médecin en posant une croix correspondant à votre ressenti ?". Cette échelle était utilisée comme critère de jugement secondaire pour mesurer la satisfaction globale des patients (64).

Les différentes formations préalables aux consultations simulées
Pack Immersion

Dans le cadre de cette étude, plusieurs formations destinées à l'amélioration des compétences relationnelles ont été évaluées car il existe différentes initiatives locales. Au sein de la faculté de médecine de Grenoble, une réflexion profonde sur le programme d'enseignement a été réalisée, menant à la création d'un « pack immersion » pour préparer la prise de fonction hospitalière des étudiants.

Le module « Relation et communication » du pack immersion, visait l'amélioration des compétences cliniques et relationnelles des étudiants en médecine, répondant aux missions

pédagogiques instaurées par la réforme du second cycle des études de médecine à l'Université Grenoble Alpes.

Organisé en 6 séquences, il avait pour but de viser l'amélioration des compétences cliniques et relationnelles des étudiants en médecine, de travailler des connaissances et compétences en éthique, d'aider les étudiants à saisir les enjeux législatifs et humains d'une relation de soins, de maîtriser les bases de la communication soignant-soigné en stage d'externat et d'apprendre à se connaître.

Ce module « relation et communication » se déroulait sur une séance de 3 heures, par groupes de 20 étudiants de troisième année de médecine, un mois avant le début de leur premier stage d'externat. Ils étaient encadrés par deux médecins séniors, de spécialités et d'anciennetés différentes. En phase d'essai, seuls 60 étudiants volontaires de la promotion de troisième année 2018-2019 avaient pu y participer.

Plusieurs méthodes étaient utilisées pour favoriser l'intégration des compétences : enseignement interactif favorisant la libre expression des étudiants, jeux de rôles (simulations d'entretiens soignant-soigné) et commentaires de vidéos de consultations simulées.

Formation à l'écoute active et en communication de HELPS

Persuadés que les compétences relationnelles guidées par l'éthique peuvent influencer sur la qualité de vie au travail et avoir un retentissement sur la santé mentale des étudiants, les membres de l'association étudiante HELPS (Humanité et Ethique Liées pour la Prévention en Santé) ont proposé aux étudiants en santé de participer sur la base du volontariat à des formations à l'écoute active selon Rogers (89) et à la communication (Figure 1). Ces formations se sont déroulées sur la même période que le Pack immersion, sur une journée, divisée en deux ateliers complémentaires : une demi-journée de formation à l'écoute selon le modèle de Rogers et une

demi-journée axée sur la communication en général avec un travail sur l'intelligence émotionnelle, utilisé comme outil pédagogique pour améliorer les résultats cliniques (90). Les séances de formations ont été réalisées sur la base du volontariat avec 20 participants pour la promotion de troisième année 2018-2019, encadrés par des membres de l'association étudiants, formés à ces techniques de communication. Une évaluation de la satisfaction avait été réalisée en fin de journée via une échelle visuelle analogique. Les étudiants avaient été satisfaits de la réponse qu'apporte la formation vis-à-vis de leurs attentes (9,7/10). Ils avaient évalué la pertinence à 9,3/10 et ils avaient gagné en moyenne 2,5 points de confiance en leurs capacités relationnelles à la suite de la formation (de 4,3/10 à 6,7/10).

Formation à l'écoute Locomatik

En deuxième année de médecine, les étudiants pouvaient intégrer l'association Locomotive (Association pour l'aide aux enfants atteints de leucémie et de cancer, à leurs familles et au service hospitalier de Grenoble). Une branche de l'association leur était réservée et avait pour but de leur permettre de jouer avec les enfants hospitalisés dans le service d'onco-hématologie. Tous les étudiants participants à cette association étaient formés à l'écoute active selon la méthode de Rogers lors de 2 weekends animés par le psychologue référent de l'association.

Avant les consultations simulées, les étudiants étaient donc interrogés sur leur participation à une de ces 3 formations en communication ou sur une éventuelle formation autre menée sur la base du volontariat (formations rencontrées : analyse transactionnelle, accompagnement du deuil, cours de communication médicale en école de sage-femme, enseignement complémentaire sur la parole et l'écoute, formation aux annonces difficiles, formation à la gestion d'équipe ou formation à l'accompagnement d'enfants porteurs de handicap). Toutes les formations dispensées l'ont été plus d'un an avant la tenue des consultations simulées.

Après présentation du projet et recueil du consentement auprès des étudiants volontaires, ceux-ci ont été divisés en deux groupes : un groupe « Formation » et un groupe « Contrôle ».

Pour le groupe « Formation », les étudiants avaient bénéficié d'au moins une des formations citées précédemment, tandis que les étudiants du groupe « Contrôle » n'avaient bénéficié d'aucune formation spécifique.

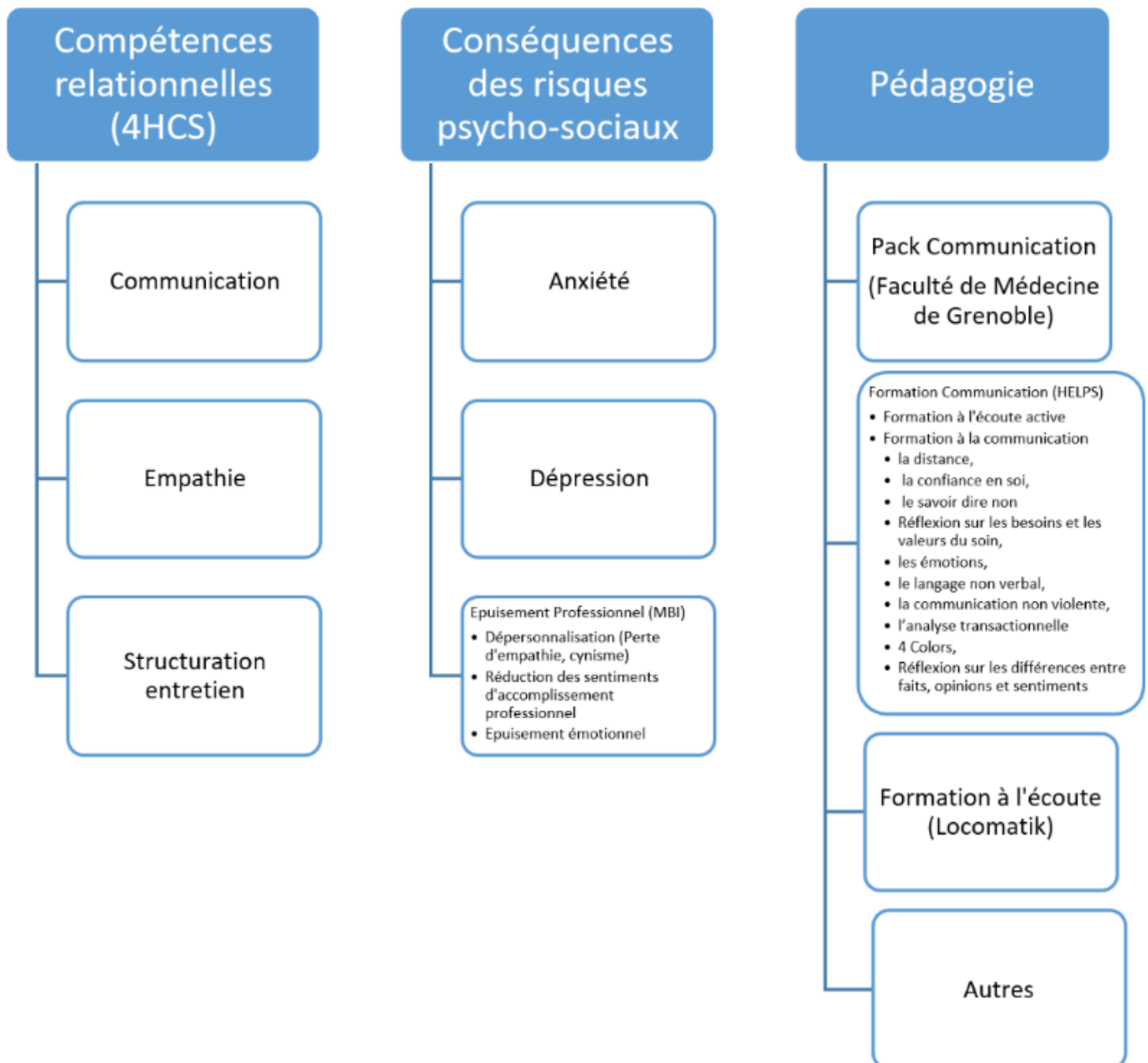


FIGURE 1- STRUCTURE DES COMPETENCES RELATIONNELLES, RPS ET CONTENU DES FORMATIONS EN COMMUNICATION

Evaluation des risques psycho-sociaux chez les étudiants en médecine

Avant la tenue des consultations simulées, les étudiants en médecine étaient aussi invités à remplir deux questionnaires pour évaluer leur anxiété et leur épuisement professionnel. Afin d'éviter des redondances de questions avec le test de Maslach Burn Out Inventory (MBI) complet, ils ont été invités à remplir le questionnaire STAY-I (en tant que trait de personnalité), et un questionnaire d'accomplissement personnel (QA - sous partie du test MBI). La partie du test MBI évaluant la dépersonnalisation et explorant l'empathie n'a pas été demandée du fait de l'évaluation extérieure par l'échelle 4-HCS de ces dimensions. Grâce à la participation totale des étudiants, aucune donnée n'était manquante. Ces deux échelles ont été utilisées comme critères de jugement secondaires.

Considérations éthiques

Cette étude était une recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi Jardé, s'intéressant au développement des compétences professionnelles. Les étudiants étaient informés de manière claire et loyale sur l'objectif et le déroulé de l'étude avant le début de leur consultation simulée. Ils étaient ensuite invités à signer un consentement de participation à l'étude, en complément du consentement pour le droit à l'image signé pour l'Université Grenoble Alpes dans le cadre des consultations simulées.

Analyse statistique

Le calcul de nombre de sujets nécessaire était basé sur l'étude de Gulbrandsen et al (64) qui avait décrit une amélioration du score 4-HCS de 58,8 à 62,9 points après formation spécifique de 20 heures (écart-type = 10). Avec un risque alpha de 5% et une puissance consentie de 80%, l'effectif minimum était de 95 sujets.

Les caractéristiques à l'inclusion des étudiants ont été décrites sur l'ensemble de l'échantillon et pour chaque formation reçue. Les statistiques descriptives usuelles ont été utilisées pour les variables quantitatives continues (médiane et 25^{ème}-75^{ème} percentiles) et qualitatives (effectifs et pourcentages des modalités) du fait d'une distribution asymétrique attestée par un test de Shapiro-Wilk.

Des analyses univariées ont été réalisées pour comparer les caractéristiques des étudiants en fonction du score 4-HCS via un test *t* Student ou un test de Mann-Whitney en fonction de la distribution de la variable quantitative, ainsi qu'un test ANOVA ou de Kruskal-Wallis ou encore un test de corrélation de Pearson ou Spearman en fonction des conditions de validité.

L'analyse du critère de jugement principal (score synthétique de l'échelle 4-HCS) a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression linéaire pour variable dépendante quantitative continue. Une transformation logarithmique a été effectuée en cas de distribution asymétrique pour répondre aux conditions de validité du modèle. En cas d'association significative entre une caractéristique mesurée et le score 4-HCS, l'analyse a été réalisée en introduisant dans le modèle cette ou ces caractéristiques comme co-variables à effet fixe. Les modèles ont été ajustés sur les variables dont l'association statistique avec le critère de jugement principal était inférieure à 0,02. Le critère « sexe » n'a pas été retenu comme facteur de confusion ($p=0,245$), contrairement aux critères « patient » ($p=0,031$), « jour de consultation » ($p=0,185$) et « nombre de formations » ($p=0,192$).

L'analyse des critères de jugement secondaires a été réalisée à l'aide de modèles de régression linéaire pour variable dépendante quantitative continue, selon une stratégie similaire à celle mise en œuvre pour le critère de jugement principal.

Le seuil de signification statistique avait été fixé à 0,05 en situation bilatérale pour tous les tests de comparaison. Aucun ajustement des *P*-value n'avait été prévu. Les estimations ponctuelles avaient été encadrées d'un intervalle de confiance à 95%.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi (Version 1.0.8.0).

Résultats

Description de l'échantillon

La promotion 2019-2020 comptait 163 étudiants convoqués pour participer à la simulation de consultations médicales. Deux étudiantes ont été absentes et excusées. Il n'y a eu aucun refus de participation par ailleurs. Ainsi nous avons enregistré et analysé 161 vidéos de simulations de consultations (Figure 2).

Les étudiants étaient âgés en moyenne de 21 ans et 69% étaient des femmes (N=112).

72 étudiants (44,7 %) ont participé à des formations en communication : 48 étudiants (29,8%) ont participé au Pack Immersion, 14 (8,6%) aux formations à l'écoute de Locomatik, 15 (9,3%) aux formations de l'association HELPS, 8 (4,9%) à des formations autres : analyse transactionnelle, accompagnement du deuil, cours de communication médicale en école de sage-femme, enseignement complémentaire parole et écoute, formation aux annonces difficiles, formation à la gestion d'équipe, formation à l'accompagnement d'enfants porteurs de handicap. 61 étudiants (37,8%) ont participé à un seul type de formation, 9 (5,5%) en ont fait deux et 2 étudiants (1,8%) ont participé à trois formations différentes (Figure 2).

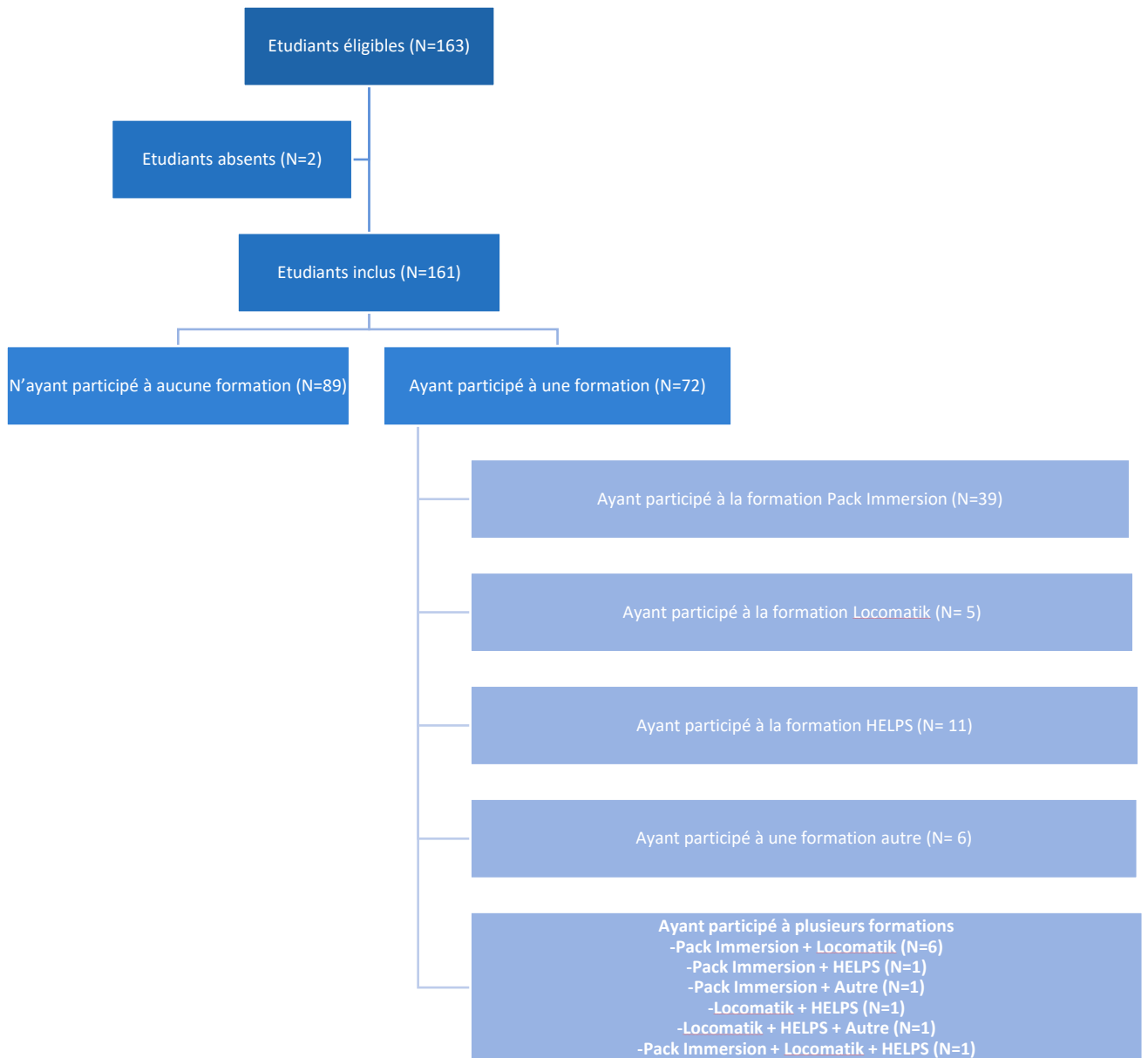


Figure 2 – Organigramme représentatif de la population de l'étude

Résultats de l'objectif principal

L'analyse du critère de jugement principal (score synthétique de l'échelle 4-HCS) a montré une différence de 5 points entre la population d'étudiants ayant suivi au moins une formation et ceux qui n'en ont pas suivi (Tableau 1). En analyse multivariée après ajustement sur les facteurs de confusion (« patient », « jour de consultation »), la p-value était de 0,001.

A noter que cette différence était d'autant plus marquée lorsque les étudiants avaient réalisé plusieurs formations (Figure 3). Sans formation, les étudiants avaient un score médian de 85 points/115 (écart-interquartile (EIQ) =68-96), alors qu'en ayant suivi 3 formations différentes le score médian est de 109 points/115 (EIQ=106-111). La p-value en analyse multivariée était inférieure à 0,001.

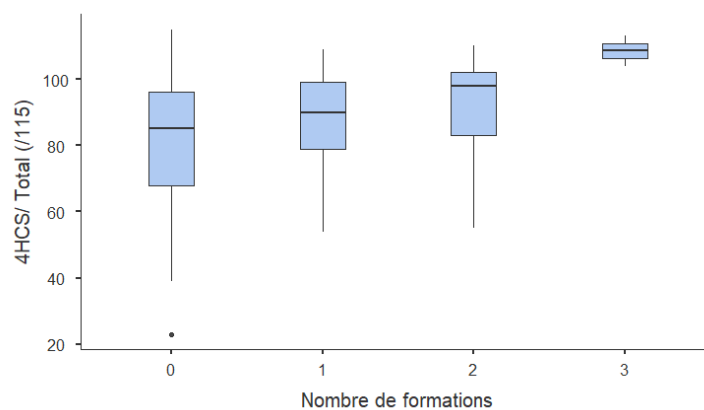


FIGURE 3 - REPARTITION DU SCORE 4HCS SELON LE NOMBRE DE FORMATIONS EN COMMUNICATION REALISEES

Résultats des objectifs secondaires

En regardant chaque formation indépendamment les unes des autres, on a constaté une augmentation de 2,5 points du score 4HCS pour la formation du Pack Immersion ($p= 0,002$), de 7 points pour la formation dispensée par HELPS ($p= 0,031$) et de 6 points pour les formations autres ($p= 0,007$) (Tableau 1).

En décomposant le score 4-HCS selon ses 4 Habits, on a rapporté que la formation du Pack Immersion, ainsi que la formation dispensée par HELPS semblaient avoir un impact sur l'Habit 1 avec une augmentation d'un point au score de cette dimension ($p=0,047$) pour la « Formation du Pack Immersion » et une augmentation de 7 points ($p=0,025$) pour la formation HELPS. Le pack Immersion a permis d'augmenter le score de l'Habit 2 d'un point ($p=0,002$). Le pack Immersion et les formations autres ont augmenté de 2 points l'Habit 3 ($p=0,004$), tandis que pour les autres formations, l'augmentation a atteint les 3,5 points ($p=0,007$). Enfin, pour l'Habit 4, l'augmentation du score était de 2,5 points ($p=0,005$) pour le pack Immersion et de 6 points, ($p=0,009$) pour les « formations autres ».

Si on utilisait comme variable l'EVA qui a été remplie par les patients (joués par les étudiants en arts du spectacle), cette tendance se confirmait : augmentation de 0,5 point dans les suites des formations dispensées par HELPS et Locomatik ($p=0,495$ et $p=0,574$ respectivement) et d'un point pour les formations autres ($p=0,045$) (Tableau 1).

Concernant les RPS, on a constaté tout d'abord que l'ensemble des scores de l'échelle STAY-état était compris dans des niveaux moyen (score 46-55) et faible (36-45) d'anxiété. En cas de formation, quelle qu'elle soit, on notait une réduction d'un point au score d'anxiété ($p=0,559$) et on retrouvait cette tendance en particulier lors des formations du Pack Immersion et de HELPS, respectivement -1 point ($p=0,454$) et -3 points ($p=0,508$).

Pour le Questionnaire d'accomplissement, on constatait une amélioration en cas de formation, quelle qu'elle soit, avec une augmentation d'un point au score ($p=0,942$) et particulièrement en cas de « Formation autres », avec une augmentation atteignant les 5 points ($p=0,022$). Là aussi, l'ensemble des scores de cette échelle était compris dans un niveau moyen (score 33-39).

TABLEAU 1 - EVALUATION DE L'IMPACT DES DIFFERENTES FORMATIONS SUR LES SCORES 4HCS, EVA, STAI ET QA

Formations	Evaluation	Formation suivie	Formation non suivie	p-value
Toute formation confondue (N=72)	4HCS (/115)	90,5 (79,0-100)	85 (68,0-96 ,0)	0,001
	EVA (/10)	8,0 (7,5-9,0)	8,0 (7,0-9,0)	0,779
	STAI (/80)	43 (37,8 – 50,0)	44 (38,0-53,0)	0,559
	Q.A. (/48)	36 (31,8-40,0)	35 (32,0-41,0)	0,942
Formation Pack Immersion (N=48)	4HCS (/115)	89,5 (79,0-100)	87 (72,0-99,0)	0,002
	EVA (/10)	8,0 (7,5-8,5)	8,0 (7,0-9,0)	0,719
	STAI (/80)	43 (37,8 – 50,0)	44 (38,0-53,0)	0,454
	Q.A. (/48)	35,5 (31,8-40,0)	36 (32,0-41,0)	0,864
Formation Locomatik (N=14)	4HCS (/115)	87,0 (74,0-103,0)	87,0 (74,5-99,0)	0,296
	EVA (/10)	8,5 (7,5-9,0)	8,0 (7,0-9,0)	0,574
	STAI (/80)	47,0 (37,5-57,8)	44,0 (38,0-50,5)	0,449
	Q.A. (/48)	33,5 (30,3-37,5)	36 (32,0-40,5)	0,214
Formation HELPS (N=15)	4HCS (/115)	93 (86,5-101)	86,0 (74,0-99,0)	0,031
	EVA (/10)	8,5 (6,5- 9,3)	8 (7,1-9,0)	0,495
	STAI (/80)	41 (37,5-50,0)	44 (38,0-52,0)	0,508
	Q.A. (/48)	34 (31,5-39,5)	36 (32,0-40,0)	0,668
Formations autres (N=8)	4HCS (/115)	102 (96,8-105)	86 (74,0-98)	0,007
	EVA (/10)	9,0 (8,1-9,5)	8,0 (7,0-9,0)	0,045
	STAI (/80)	47,0 (40,5-51,5)	43,0 (38,0-52,0)	0,975
	Q.A. (/48)	40,0 (36,8-43,3)	35,0 (31,0-40,0)	0,022

TABEAU 2- EVALUATION DE L'IMPACT DES DIFFERENTES FORMATION SUR LES DIFFERENTES COMPOSANTES DU SCORE 4HCS

Formations	Evaluation	Formation	Formation non	p-value
		suivie (Médiane – écarts types)	suivie (Médiane – écarts types)	
Toute formation confondue (N=72)	Habit 1 (/30)	22,0 (19,8-25,0)	21,0 (18,0-24,0)	0,016
	Habit 2 (/15)	13,0 (11,0-14,0)	12,0 (9,0-13,0)	<0,001
	Habit 3 (/20)	16,0 (13,0-19,0)	14,0 (11,0-17,0)	0,002
	Habit 4 (/50)	40,5 (35,0-44,3)	38,0 (30,0-43,0)	0,004
Formation Pack Immersion (N=48)	Habit 1 (/30)	22,0 (19,0-24,0)	21,0 (18,0-25,0)	0,047
	Habit 2 (/15)	13,0 (11,0-14,0)	12,0 (9,0-13,0)	0,002
	Habit 3 (/20)	16,0 (12,0-19,0)	14,0 (11,0-17,0)	0,004
	Habit 4 (/50)	40,5 (35,0-44,0)	38,0 (31,0-44,0)	0,005
Formation Locomatik (N=14)	Habit 1 (/30)	21,5 (18,0-24,8)	22,0 (19,0-25,0)	0,830
	Habit 2 (/15)	12,0 (10,3-15,0)	12,0 (10,0-14,0)	0,151
	Habit 3 (/20)	14,5 (13,0-18,5)	15,0 (11,0-18,0)	0,252
	Habit 4 (/50)	40,0 (34,5-44,0)	39,0 (32,0-44,0)	0,303
Formation HELPS (N=15)	Habit 1 (/30)	25,0 (22,0-25,0)	18,0 (18,0-24,0)	0,025
	Habit 2 (/15)	13,0 (11,5-14,0)	12,0 (10,0-14,0)	0,060
	Habit 3 (/20)	15,0 (14,5-17,5)	15,0 (11,3-18,0)	0,115
	Habit 4 (/50)	42,0 (35,5-44,5)	39,0 (32,0-44,0)	0,059
Formations autres (N=8)	Habit 1 (/30)	26,0 (23,0-26,5)	21,0 (18,0-24,0)	0,057
	Habit 2 (/15)	13,0 (12,5-14,3)	12,0 (10,0-14,0)	0,050
	Habit 3 (/20)	18,5 (16,8-20,0)	15,0 (12,0-18,0)	0,007
	Habit 4 (/50)	45,0 (41,8-46,0)	39,0 (32,0-44,0)	0,009

Discussion

Principaux résultats

De cette étude, nous pouvons retenir que les formations à la relation soignant-soigné ont amélioré le niveau des compétences relationnelles évaluées par le score 4-HCS, aussi bien la formation universitaire du Pack Immersion de la faculté de médecine de Grenoble ($p=0,002$), celle dispensée par l'association HELPS ($p=0,031$), que celles réalisées dans un cadre privé sur initiative étudiante ($p=0,007$). De plus, ces formations brèves ont présenté un effet cumulatif significatif : plus les étudiants en réalisaient, plus leurs compétences relationnelles s'amélioraient ($p<0,001$).

Cette progression est constatée plus d'un an après la réalisation des formations, et selon celles réalisées, l'amélioration pouvait être ressentie par les patients lors des exercices de simulation. Par ailleurs, les risques psycho-sociaux ont eu tendance à diminuer chez les étudiants formés par le Pack Immersion ($p=0,454$) ou HELPS ($p=0,508$).

Interprétation des résultats

On peut tout d'abord se féliciter des résultats positifs sur les scores 4-HCS de l'ensemble des formations, alors que plusieurs études n'ont pas réussi à démontrer l'efficacité des leurs sur les compétences relationnelles (37,91–93). Il peut être intéressant de se demander pourquoi et comment une formation délivrée en début de cursus médical fonctionne aussi bien, alors que l'effet obtenu en formation continue est généralement moyennement satisfaisant (94). Une recherche des facteurs facilitant l'intégration des compétences abordées dans la pratique clinique semble indispensable.

De plus, la question de la temporalité est également importante puisqu'avec le temps, l'impact des formations a tendance à diminuer (37,95,96). Pourtant, et malgré des enseignements très courts réalisés au minimum 1 an avant notre étude, seule la formation dispensée par Locomatik

n'a pas montré d'amélioration du score 4-HCS. Elle s'est cependant déroulée plus de 2 ans avant la réalisation des consultations simulées (soit pendant la phase pré-clinique du cursus médical), ce qui peut en expliquer ses conséquences plus discrètes. L'effet testé était donc un effet d'amélioration à long terme.

Il semble également intéressant de noter que le sexe n'a pas été retrouvé dans les facteurs de confusion sur cette étude, alors qu'il est habituellement retrouvé lors des études portant sur les compétences relationnelles (12). Des études complémentaires de grandes envergures sont nécessaires pour définir si l'impact de ce facteur de confusion peut être diminué par les formations à la relation soignant-soigné.

Ensuite, bien que les résultats obtenus soient positifs, nous avons noté que ceux-ci diffèrent suivant le type de formation suivie. Les compétences relationnelles développées ne sont pas toujours les mêmes et n'ont pas la même intensité. Il paraît donc pertinent de s'intéresser aux mécanismes à l'origine de ces différences, comme le contenu des formations et leur durée. Une piste privilégiée serait qu'elles n'agissent pas uniquement sur la communication dans la relation soignant-soigné, mais aussi sur la structuration de l'entretien et l'empathie exprimée par les professionnels de santé. Selon les aspects des compétences relationnelles abordés, il serait donc possible d'observer une différence de l'augmentation des scores spécifiques de chaque Habits. Contrairement aux autres types d'enseignements, l'EVA et le QA des étudiants étaient augmentés de façon statistiquement significative chez les étudiants ayant suivi des « Formations autres ». Cette population présentait relativement plus d'étudiants issus de passerelles et donc plus âgés (3 étudiants sur 8). Leurs parcours professionnels préalables au cursus médical pourraient expliquer les différences observées, mais d'autres études de plus grandes envergures seraient nécessaires pour conclure sur ce point.

Le fait que l'EVA et le QA étaient peu améliorés par les autres enseignements vient potentiellement du fait que ceux-ci étaient réalisés en formation initiale, chez des étudiants avec peu d'expérience clinique, ou bien du fait qu'en situation de simulation le ressenti des acteurs peut différer de celui d'un malade (diminution du vécu émotionnel, prise de distance vis-à-vis de la situation...).

Enfin, nous avons montré une légère amélioration des risques psychosociaux, présente pour presque tous les types de formation. Sachant qu'ils relèvent d'une étiologie multifactorielle, leur prise en charge nécessite une approche globale. Même si les formations en communication semblent malgré tout participer à l'amélioration des RPS, elles ne restent qu'une des dimensions sur lesquelles agir.

Points forts et limites

L'originalité de cette étude contrôlée provenait notamment de l'hétérogénéité des formations évaluées, qui étaient hétérogènes dans leur forme entre celles dispensées par la faculté de médecine, par des pairs, ou via des professionnels sur initiative personnelle. Le caractère original de cette étude est renforcé par le fait que l'évaluation de leur impact sur les compétences relationnelles a été mise en parallèle de risques psycho-sociaux pré-identifiés. Enfin, l'évaluation des compétences relationnelles a été faite lors de consultations simulées pour se rapprocher au maximum de conditions d'exercice réelles.

Une de ses principales limites était le fait que l'étude a analysé les pratiques de groupes d'étudiants de faible effectif lors des analyses en sous-groupes (de 8 à 48 étudiants). Ainsi, dans ces analyses selon le type de formation, notre puissance était insuffisante pour pouvoir conclure favorablement sur nos objectifs secondaires.

Compétences relationnelles

Intérêt pédagogique et sociétal

La reconnaissance de l'importance des compétences relationnelles des médecins en formation initiale ou continue a renouvelé l'intérêt pour l'enseignement de ces compétences (97). Un réel engouement s'est créé en s'intéressant de plus près à ce que le patient attend du corps soignant (accessibilité, affabilité et capacité, dans cet ordre) (13) , mais aussi à ce que qui caractérise un « bon » médecin. Dans une étude récoltant l'avis des patients mais aussi des consœurs et confrères, Price et son équipe ont réussi à lister 114 qualités attendues de la part d'un médecin : 61% d'entre elles relèvent de la communication du praticien et de son développement personnel (98), démontrant l'intérêt des formations dédiées.

Étant donné l'importance de la sélection à l'entrée des études médicales pour les candidats, certaines universités canadiennes (Universités de Laval, Montréal et Sherbrooke) (99,100) et la société en général recherchent des caractéristiques permettant de repérer les médecins qui communiqueront efficacement et feront preuve de sensibilité interpersonnelle avec les patients (12). Comme nous l'avons démontré, l'amélioration des compétences relationnelles semble possible dès le début de la formation initiale. Dès lors, la pertinence de ces propositions de sélection ou de validation via l'évaluation des compétences relationnelles peut en effet se poser également en France.

La formation au professionnalisme en santé, via l'apprentissage des habiletés en communication et le travail en équipe pluridisciplinaire notamment, concerne tous les cycles de formations (97). Au vu des résultats de notre étude, il paraîtrait intéressant de proposer des formations régulières tout au long du cursus universitaire puis de la carrière professionnelle, les compétences relationnelles semblant augmenter avec le nombre de formation sans effet plafond visible.

Il est cependant important de noter que les besoins en compétences de communication diffèrent entre les contextes de soins hospitaliers et ambulatoires et doivent s'adapter ainsi au type d'exercice envisagé dans le cursus futur. Dans le contexte des soins hospitaliers où le travail clinique se concentre sur l'établissement de diagnostics et la gestion des dimensions biomédicales des soins, les médecins en formation ont exprimé le besoin d'apprendre à transmettre des informations et à gérer leurs propres émotions. Dans le contexte des soins ambulatoires, où les patients sont considérés comme plus autonomes, une plus grande attention a été accordée à l'utilisation d'outils de communication qui aident à gérer le temps de la rencontre clinique et à accroître l'observance des soins recommandés par les patients (101).

Une piste intéressante pour développer les compétences en communication des étudiants en formation, et ce dans tous les milieux de soins, semble être un apprentissage de l'intelligence émotionnelle.

L'intelligence émotionnelle

Elle est définie comme l'ensemble des capacités de perception, de traitement, de régulation et de gestion des émotions (102) : « un type d'intelligence sociale qui implique la capacité de surveiller ses propres émotions et celles des autres, de faire de la discrimination entre elles et d'utiliser cette information pour guider sa propre pensée et ses propres actions » (1,103). Une intelligence émotionnelle plus élevée est positivement associée à des soins aux patients plus compatissants et empathiques, à des évaluations des connaissances médicales plus élevées et à une adaptation efficace aux pressions organisationnelles (11,16,104–106). L'intelligence émotionnelle a également contribué à l'amélioration du travail d'équipe et de la communication médecin-patient (1,11,90).

L'intelligence émotionnelle était abordée dans la formation du Pack Immersion et dans celle de HELPS notamment. Ainsi, les étudiants en médecine formés, avec des capacités plus élevées

en matière d'intelligence émotionnelle, pouvaient être plus performants pour répondre aux expressions de détresse psychosociale des patients et pour gérer leurs propres émotions (1,11). Dans cette continuité de nombreux guides, pouvant servir de base à l'élaboration d'un apprentissage, ont été élaborés pour accompagner les soignants dans leur démarche de développement personnel (107,108).

Prévention des risques psycho-sociaux Violences thérapeutiques et perte de qualité des soins

De part des mécanismes psychologiques et des pressions environnementales, les soignants sont une population à risque d'épuisement professionnel, de dépression et de traumatismes vicariants. Leur épuisement peut conduire à une perte de qualité des soins, à des violences thérapeutiques ou symboliques involontaires (c'est-à-dire correspondant à des normes sociales) (11).

Causes des RPS chez les étudiants en médecine

Souvent appelé le curriculum caché, les expériences rencontrées lors de la pratique clinique par les étudiants font parfois une somme d'éléments négatifs favorisant une baisse de confiance en soi, un isolement ou toute autre situation poussant l'étudiant en situation de souffrance. En effet, les étudiants se sentent dans une position inférieure dans l'atmosphère hiérarchique de la faculté de médecine (109,110) et ils peuvent ainsi avoir des difficultés à prendre la parole ou à se sentir considérés en l'absence de communication de qualité avec le praticien (111,112). Les spécificités françaises mises en avant par le rapport du Dr Donata Marra (97) sont la rupture entre les jeunes soignants et les séniors, voire les équipes de soins (diminution du compagnonnage), une rupture des liens sociaux entraînée par les méthodes d'enseignement actuelles et une ambiance dans le système de soins favorisant les comportements ou propos inadaptés (97). C'est pourquoi, la formation continue des médecins en contact avec des

étudiants pourraient avoir un impact positif important sur les risques psycho-sociaux de ces derniers, en favorisant l'identification des émotions (intelligence émotionnelle) et une communication positive.

Pour les étudiants, les outils donnés dans les formations à la communication, traitant notamment de l'intelligence émotionnelle, peuvent leur permettre de répondre aux attentes du patient, mais également servir dans leur quotidien universitaire, comme pour la gestion du stress lié à la compétition lors des examens (52) ou la difficulté à se forger une identité professionnelle (56). La capacité de résilience chez les étudiants est également une compétence qui peut être apprise et renforcée lors de ces formations (57,88).

L'identification de profils de communication des étudiants, par eux-mêmes ou par un enseignant, pourrait permettre de les rassurer sur les compétences relationnelles qu'ils maîtriseront facilement. Cette identification pourrait aussi permettre de les orienter vers les difficultés à surmonter en lien avec ce profil, concernant les compétences relationnelles soignant-soigné. En les surmontant, cela pourrait certainement participer à la prévention de l'état de détresse professionnelle qui semble être la cause principale du déclin de l'empathie (44). L'empathie peut également être diminuée face à la répétition d'expériences négatives de médecins avec des compétences relationnelles faibles, par atteinte de la signalisation des neurones miroirs. L'amélioration des compétences relationnelles devrait donc être considérée dans le même temps à tous les niveaux du cursus et de la carrière médicale (44,102).

Ces formations ne seraient être totalement efficaces en l'absence d'un changement de paradigme dans le cursus de médecine, en valorisant les interactions au chevet du patient et en augmentant les enseignements des compétences, pour répondre à ces causes supplémentaires de risques psycho-sociaux (11). Il en est de même du traitement des causes organisationnelles

(44), sans lequel toute intervention visant à améliorer la communication et la qualité de vie au travail sera impactée (17).

Cet épuisement a également des conséquences particulièrement importantes chez les étudiants en médecine (49) avec une fréquence bien plus élevées d'anxiété et de dépression que dans la population générale (60,113).

Prévention des RPS

Outre Atlantique, les plans de prévention évalués par Salvin, Wasson ou Thompson ont fait la preuve de leur efficacité (56,114,115). Le développement de programmes à plusieurs volets conçus pour soutenir la santé émotionnelle des étudiants semble être un moyen efficace et important. Une telle intervention a conduit à une culture du changement au sein des facultés et des étudiants. Le principal défi est de maintenir en permanence la santé mentale au premier plan du programme des facultés de médecine.

En France, à la suite du rapport interministériel sur la qualité de vie des étudiants en santé réalisé en 2018 (97), quinze engagements interministériels ont été pris pour l'amélioration des conditions de vie des étudiants en santé (116). L'un de ces engagements concerne la création en 2019 d'un Centre National d'Appui (CNA) qui propose et favorise des interventions de prévention primaire à tertiaire pour améliorer la qualité de vie sur le plan collectif et individuel (116). Le Dr Donata Marra (97) propose aussi une série de mesures concrètes à destination des universités (notamment un travail sur les liens entre la communication, le stress et les RPS, la mise en place de feedbacks pédagogiquement constructifs, la prise de responsabilité sociale des facultés de médecine, et l'instauration d'enseignements de sciences humaines et sociales). A noter que la limitation des heures de travail des internes a déjà eu un impact positif sur l'épuisement professionnel et plus particulièrement sur l'épuisement émotionnel (117).

L'adoption généralisée des soins personnels en tant que compétence de base, comme l'ont reconnu le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Conseil de médecine générale du Royaume-Uni et certaines facultés de médecine aux États-Unis, faciliterait l'élaboration de programmes d'études mettant en avant le prendre soin de soi, comme composante essentielle du médecin.

Pédagogie

Valorisation de l'apprentissage des compétences relationnelles

La disproportion des ressources consacrées à la formation aux aptitudes à la communication par rapport aux compétences techniques pourrait indiquer aux étudiants et aux médecins en formation que ces compétences sont moins importantes dans le soin (23). Pourtant des résultats suggèrent que cette approche est peut-être trop simpliste, et que la formation seule ne suffit pas pour obtenir de bons résultats dans les aspects intellectuels et interpersonnels de l'éducation médicale. Il faudrait alors sélectionner les étudiants à l'entrée des études supérieures sur des tests d'aptitudes cognitives et émotionnelles (16). De la même manière, un étudiant brillant sur les aspects scientifiques de la formation ne sera pas forcément un étudiant avec un haut niveau de compétences relationnelles (12). Cette absence de corrélation évidente entre le niveau académique de l'étudiant et les compétences relationnelles rend nécessaire d'investir le champ des compétences non-techniques de l'étudiant.

Il faut par ailleurs voir les compétences relationnelles dans leur globalité. Il a donc été démontré que pour optimiser l'apprentissage des compétences de communication, il est nécessaire de modifier le climat et la structure de l'environnement de travail pour que l'apprentissage soit valorisé (37). De nombreuses universités font ainsi des compétences en communication et en relations interpersonnelles des objectifs d'apprentissage reconnus et formalisés au sein du cursus universitaire.

Il devient maintenant nécessaire de lier les objectifs d'apprentissage en communication aux activités de formation clinique pertinentes et de fournir des formations régulières, structurées et adaptées aux besoins des étudiants pour s'assurer que les compétences acquises sont appliquées dans la pratique. C'est ainsi une limite de notre expérience, car un nombre restreint d'étudiants ont eu accès à une formation (limite corrigée en partie depuis la réalisation de notre travail) et ces formations n'étaient pas explicitement dans l'objectif de réussite à l'exercice des consultations simulées, cet exercice n'étant pas sanctionnant ou validant.

Intégration dans le cursus médical

Le point de départ de l'intégration des compétences relationnelles dans le cursus médical est le développement de celles-ci par la formation. Depuis peu, l'enseignement et l'évaluation des compétences relationnelles est intégré à la formation pédagogique des futurs enseignants de la Faculté de Médecine de Grenoble. Par ailleurs, dans le cadre de la formation continue, des médecins du CHU Grenoble Alpes participent actuellement à un programme d'amélioration de ces compétences pour la relation soignant-soigné. En effet, la formation des médecins diplômés aux stratégies d'enseignement et aux compétences de communication semble efficace sur leur rétroaction vis-à-vis des étudiants (23). Elle joue enfin un rôle important sur le développement de modèles positifs pour les étudiants (23).

Au sein de notre institution, les étudiants en médecine sont formés aux compétences relationnelles avant leur immersion clinique à l'hôpital. Ainsi, nos étudiants ont pu progresser tôt dans leur cursus, avant d'être confronté à la mise en pratique de leurs compétences. A l'instar de notre étude, qui a révélé que ces formations précoces étaient efficaces. Pour continuer sur une stratégie d'amélioration, il convient ensuite qu'il y ait une participation active de tous les coordonnateurs pédagogiques et une rétroaction spécifique aux spécificités du terrain de stage (23).

En effet, la rétroaction est un outil didactique qui a un impact important sur le processus d'apprentissage. Il est essentiel de recevoir un retour d'information immédiat pour garantir un apprentissage de haute qualité, d'autant plus s'il contient une analyse détaillée de leur communication verbale et non verbale (6,38,118). C'est en ce sens qu'ont été mises en place les consultations simulées, organisées dans notre université. Elles viennent ponctuer le cursus de nos étudiants en faisant une synthèse nécessaire sur leur avancement dans l'acquisition des compétences relationnelles. Sur le modèle du feedback à 360°, elles permettent l'auto-réflexion, un retour de la part des pairs, des patients et d'un formateur.

Ce modèle a également été utilisé dans les formations évaluées dans notre étude à travers des jeux de rôle, permettant une acquisition de compétences ainsi que des changements significatifs dans les auto-évaluations par les étudiants de leur compétence en communication (118).

Cette technique se retrouve dans les formats de formation proposés par Bandura (119) influençant les croyances d'auto-efficacité : l'expérience directe (être le médecin lors d'un jeu de rôle pendant toute la durée d'une consultation), l'expérience indirecte (être l'observateur d'un pair qui a réussi ou non à participer à une séance de consultation), la persuasion verbale (recevoir des commentaires positifs d'un patient simulé et d'un pair) et l'éveil émotionnel (se sentir libre de s'exprimer sans médecin superviseur). L'ensemble de ces éléments ou la majorité d'entre eux ont été expérimentés via les formations étudiées. Ainsi, le pack Immersion utilisait à la fois l'expérience directe (jeux de rôle) suivie d'une étape de persuasion verbale (feedback bienveillant du médecin) et l'expérience indirecte avec le visionnage de consultations types. L'éveil émotionnel était lui mis en avant dans la formation HELPS où le format en groupe restreint permettait d'aborder plus facilement ces questions. Toutefois, les formations proposées gagneraient à s'appuyer sur la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (120), qui met en avant trois éléments clés pour l'obtention d'un apprentissage optimal chez l'étudiant : l'autonomie (besoin de se sentir à l'origine ou à la source de ses actions), la compétence (besoin

de se sentir efficace et capable d'effectuer des tâches de différents niveaux de difficulté) et l'appartenance sociale (besoin de se sentir connecté et supporté par d'autres personnes).

Un programme complet de formation et mises en situation, avec mixité générationnelle, comprendrait par exemple un feedback à 360° répété à différents moments du cursus universitaire, avec évaluation systématique par les usagers et distribution d'une version écrite du 4HCS en format poche.

Impact des formations

Le transfert de la formation est efficace lorsque les connaissances, les compétences et les habiletés acquises dans le contexte de la formation produisent le changement de comportement souhaité dans le contexte du milieu de travail. Il est influencé par les caractéristiques personnelles et professionnelles des apprenants, la conception, le contenu du programme de formation et l'environnement du lieu de travail. (23). C'est pourquoi, nous avons observé des différences entre les différents programmes de formation étudiés, certains privilégiant un contenu axé sur l'éthique et le cadre déontologique et d'autres un contenu centré sur le vécu émotionnel tandis que certains étaient intégrés au cursus universitaire et d'autres en extra-universitaire. Toutefois l'importance du contenu de ces programmes et de l'environnement semble s'atténuer avec la répétition de ceux-ci. Ainsi, nous avons montré les meilleurs résultats avec le plus grand nombre de formations suivies, celles-ci étant pourtant hétérogènes. La priorité réside donc sans doute plus dans le nombre de formations suivies et la régularité de celles-ci, que dans le contenu standardisé de la séance.

Par ailleurs, tous les programmes dispensés durant notre année d'étude l'étaient sur la base du volontariat. Ainsi, nous pouvons penser que les caractéristiques personnelles des apprenants étaient plus en faveur d'un changement par intérêt envers le relationnel soignant-soigné.

Pour consolider le nouvel apprentissage et entraîner des changements durables, les apprenants doivent être activement encouragés à pratiquer leurs nouvelles compétences et recevoir une rétroaction continue sur leurs nouveaux comportements (20). En effet, une étude a montré que le fait d'être impliqué dans des activités structurées d'enseignement des habiletés de communication semble faciliter le transfert et le renforcement continu des habiletés de communication dans la pratique clinique (23). Dans le contexte de notre étude à l'Université Grenoble Alpes, l'évaluation clinique de nos étudiants se fait généralement à travers le prisme de l'examen physique du patient et rarement à travers les compétences non-techniques, ne permettant pas une évaluation au cours du cursus de l'acquisition de ces compétences. Le niveau des compétences relationnelles évalué dans notre étude était donc le reflet de celui d'une seule soirée ponctuelle de quatrième année de médecine et il est probable que cette dynamique de renforcement continu des compétences interpersonnelles ne soit pas encore instaurée.

Conclusions

Grâce à des exercices de simulation de consultation médicale et à une évaluation standardisée des compétences relationnelles des étudiants en médecine, nous avons montré l'intérêt de l'intégration de formations à la relation soignant-soigné dans le cursus médical.

En effet, l'impact de ces formations sur les compétences relationnelles des étudiants est significatif, même après plus d'une année, même si ces dernières sont dispensées tôt dans le cursus et même si leur contenu est hétérogène. Elles sont d'autant plus efficaces si répétées. Des effets bénéfiques semblent également possibles sur l'anxiété des étudiants en médecine et sur leur accomplissement professionnel.

Il serait donc intéressant d'étudier l'effet de la répétition de cet exercice à différents temps de l'apprentissage médical, en formation initiale puis continue, dans le but de développer les compétences relationnelles et de freiner le déclin prévisible de l'empathie. Ces programmes de formation avec mises en situation répétées devraient comprendre un feedback à 360° à différents moments du cursus universitaire et une évaluation systématique par les enseignants ainsi que par les patients. La distribution d'une version écrite de l'échelle 4-HCS en format poche pourrait être un guide dans l'acquisition progressive de ces compétences.

Enfin, il semble nécessaire d'avoir une approche plus globale pour à la fois permettre aux enseignants d'être eux-mêmes formés aux compétences relationnelles, pour prendre en compte la place des émotions et du contexte professionnel dans la possibilité de développement des relations interpersonnelles et pour considérer la potentielle importance d'une relation soignant-soigné apaisé sur la qualité de vie au travail.

THÈSE SOUTENUE PAR : Lucie BOSMEAN

TITRE :

EVALUATION DE L'IMPACT DE FORMATIONS A LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE SUR LES COMPETENCES RELATIONNELLES D'ETUDIANTS EN MEDECINE LORS DE CONSULTATIONS MEDICALES SIMULEES

CONCLUSIONS :

Grâce à des exercices de simulation de consultation médicale et à une évaluation standardisée des compétences relationnelles des étudiants en médecine, nous avons montré l'intérêt de l'intégration de formations à la relation soignant-soigné dans le cursus médical.

En effet, l'impact de ces formations sur les compétences relationnelles des étudiants est significatif, même après plus d'une année, même si ces formations sont dispensées tôt dans le cursus et même si leur contenu est hétérogène. Elles sont d'autant plus efficaces si répétées. Des effets bénéfiques semblent également possibles sur l'anxiété des étudiants en médecine et sur leur accomplissement professionnel.

Il serait donc intéressant d'étudier l'effet de la répétition de cet exercice à différents temps de l'apprentissage médical, en formation initiale puis continue, dans le but de développer les compétences relationnelles et de freiner le déclin prévisible de l'empathie. Ces programmes de formation avec mises en situation répétées devraient comprendre un feedback à 360° à différents moments du cursus universitaire et une évaluation systématique par les enseignants ainsi que par les patients. La distribution d'une version écrite de l'échelle 4-HCS en format poche pourrait être un guide dans l'acquisition progressive de ces compétences.

Enfin, il semble nécessaire d'avoir une approche plus globale pour à la fois permettre aux enseignants d'être eux-mêmes formés aux compétences relationnelles, pour prendre en compte la place des émotions et du contexte professionnel dans la possibilité de développement des relations interpersonnelles et pour considérer la potentielle importance d'une relation soignant-soigné apaisé sur la qualité de vie au travail.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

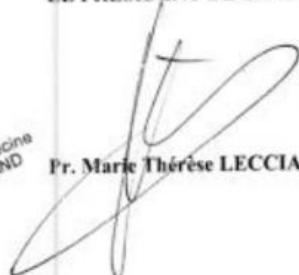
Grenoble, le : 14/09/12

LE DOYEN



Pour le Président
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORANDET

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Marie Thérèse LECCIA

Bibliographie

1. Cherry MG, Fletcher I, O'Sullivan H, Shaw N. What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students? BEME Guide No. 17. *Med Teach*. 2012;34(1):11-9.
2. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*. 11 oct 2012;n°39(3):13-25.
3. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. HAS; 2015.
4. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med*. 1 nov 1998;47(10):1573-88.
5. Briët JW, Veening EP. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg; een evidence-based benadering. *Tijdschr Voor Med Onderwijs*. 1 août 2007;26(4):154-154.
6. Aper L, Reniers J, Koole S, Valcke M, Derese A. Impact of three alternative consultation training formats on self-efficacy and consultation skills of medical students. *Med Teach*. 2012;34(7):e500-507.
7. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. nov 2003;51(3):197-206.
8. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: Preliminary Psychometric Data. *Croat Med J*. févr 2007;48(1):81-6.
9. Wang YY, Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. *Int J Integr Care*. 21 janv 2005;5(20).
10. Chen D, Pahilan ME, Orlander J. Comparing a Self-Administered Measure of Empathy with Observed Behavior Among Medical Students. *J Gen Intern Med*. 1 mars 2010;25(3):200-2.
11. Davous D, Le Grand-Séville C, Seigneur E. L'éthique à l'épreuve des violences du soin. Erès Editions. 2014. 283 p. (Espace Ethique).
12. Bellier A. Associated factors with interpersonal skills in initial training during standardized medical consultations. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2019.
13. Scherger JE. What patients want. *J Fam Pract*. févr 2001;50(2):137.
14. Gryll SL, Katahn M. Situational factors contributing to the placebo effect. *Psychopharmacology (Berl)*. 1 janv 1978;57(3):253-61.
15. Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Effect of patients' expectations on recovery from acute tonsillitis. *Fam Pract*. sept 1989;6(3):188-92.

16. Libbrecht N, Lievens F, Carette B, Côté S. Emotional intelligence predicts success in medical school. *Emot Wash DC*. févr 2014;14(1):64-73.
17. Simpson SA, Shaw C, McNamara R. What is the most effective way to maintain weight loss in adults? *BMJ*. 28 déc 2011;343:d8042.
18. Sanson-Fisher R, Hobden B, Waller A, Dodd N, Boyd L. Methodological quality of teaching communication skills to undergraduate medical students: a mapping review. *BMC Med Educ*. 27 juin 2018;18(1):151.
19. Chan A, Purcell A, Power E. A systematic review of assessment and intervention strategies for effective clinical communication in culturally and linguistically diverse students. *Med Educ*. sept 2016;50(9):898-911.
20. Brown JB, M. Boles JP, Mullooly, Levinson W. Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction. A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med*. 1999;131(11):822-9.
21. Brancato V. Improving nurse-physician collaboration: A health care imperative. *Pa Nurse*. 1 janv 2006;60:23.
22. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
23. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14064.
24. Carroll JG, Frankel RM, Keller A, Klein T, Williams PK, Lipkin MJ, et al., éditeurs. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer-Verlag; 1995. (Frontiers of Primary Care).
25. Vannotti M. *Le métier de médecin : Entre utopie et désenchantement*. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2006. 251 p.
26. Stiefel F, Favre N, Despland JN. *Communication Skills Training in Oncology: It Works!* In: Stiefel F, éditeur. *Communication in Cancer Care*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2006. p. 113-9. (Recent Results in Cancer Research).
27. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. Saint-Laurent, Québec: PEARSON; 2005. 864 p.
28. Puntis M. Skills for Communicating with Patients (2nd edn). *Ann R Coll Surg Engl*. janv 2006;88(1):85-6.
29. Rey-Bellet S, Zürcher M, Martin S, Michaelis Conus K, Redondi P-Y, Vannotti M. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Rev Médicale Suisse*. 2008;4(144):418-21.
30. Pedersen P. Inclusive Cultural Empathy: A Relationship-Centred Alternative to Individualism. *ResearchGate*. 2009;39(2):143-56.

31. Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *J Adv Nurs*. 1992;17(7):809-21.
32. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. oct 2002;52(Suppl):S9-12.
33. Jeffrey D. A meta-ethnography of interview-based qualitative research studies on medical students' views and experiences of empathy. *Med Teach*. déc 2016;38(12):1214-20.
34. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, Achterberg TV. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2010.
35. Lundeby T, Gulbrandsen P, Finset A. The Expanded Four Habits Model—A teachable consultation model for encounters with patients in emotional distress. *Patient Educ Couns*. 1 mai 2015;98(5):598-603.
36. Finset A. Chapter 24 - How Communication between Clinicians and Patients may Impact Pain Perception. In: Colloca L, Flaten MA, Meissner K, éditeurs. *Placebo and Pain*. San Diego: Academic Press; 2013. p. 243-56.
37. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14064.
38. Uhm S, Lee GH, Jin JK, Bak YI, Jeoung YO, Kim CW. Impact of tailored feedback in assessment of communication skills for medical students. *Med Educ Online*. 2015;20:28453.
39. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. déc 2004;21(6):699-705.
40. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoefl T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of Empathy in the Therapeutic Encounter: Effects on the Common Cold. *Patient Educ Couns*. déc 2011;85(3):390-7.
41. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2013;88(8):1171-7.
42. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
43. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A Cross-sectional Measurement of Medical Student Empathy. *J Gen Intern Med*. 1 oct 2007;22(10):1434-8.
44. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2011;86(8):996-1009.

45. Chérot-Kornobis DN. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) - Guide de prévention, repérage et prise en charge. Ministère Aff Soc Santé. avr 2017;
46. Guyot S, Langevin V, Montanez A. Risques psychosociaux et document unique. Vos questions, nos réponses. Site INRS. févr 2013;20.
47. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
48. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;(52):397-422.
49. Hardy P, Lepine P, Vorspan F, Bureaux de l'ANEMF, ISNAR et ISNI. Enquête Santé Mentale des Jeunes Médecins. 2017.
50. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. / Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI). *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 1 avr 1994;26:210-27.
51. Langevin V, Boini S, François M, Riou A. Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. *Ref En Santé Au Trav.* sept 2012;(131):4.
52. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 1 janv 2019;55:36-42.
53. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L, Rea M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Med Educ.* déc 2017;17(1):195.
55. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun J-P, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. :223.
56. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* oct 2010;85(10):1635-9.
57. Honney K, Buszewicz M, Coppola W, Griffin M. Comparison of levels of depression in medical and non-medical students. *Clin Teach.* sept 2010;7(3):180-4.
58. Prins DJ, Vendeloo SN van, Brand PLP, Velpen IV der, Jong K de, Heijkant F van den, et al. The relationship between burnout, personality traits, and medical specialty. A national study among Dutch residents. *Med Teach.* 4 mai 2019;41(5):584-90.
59. Mayo Clinic, Dyrbye LN, Shanafelt TD, Mayo Clinic, Sinsky CA, American Medical Association, et al. Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *NAM Perspect.* 5 juill 2017;7(7).
60. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* 2016;50(1):132-49.

61. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication Interventions Make A Difference in Conversations Between Physicians and Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Med Care.* avr 2007;45(4):340.
62. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, Second Edition. 2nd Revised edition edition.* Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2004. 367 p.
63. Quail M, Brundage SB, Spitalnick J, Allen PJ, Beilby J. Student self-reported communication skills, knowledge and confidence across standardised patient, virtual and traditional clinical learning environments. *BMC Med Educ.* 27 févr 2016;16:73.
64. Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A, Blanch-Hartigan D. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians' self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns.* mai 2013;91(2):180-5.
65. Omura M, Maguire J, Levett-Jones T, Stone TE. Effectiveness of assertive communication training programs for health professionals and students: a systematic review protocol. *JBIC Database Syst Rev Implement Rep.* oct 2016;14(10):64-71.
66. Buckley S, Ambrose L, Anderson E, Coleman JJ, Hensman M, Hirsch C, et al. Tools for structured team communication in pre-registration health professions education: a Best Evidence Medical Education (BEME) review: BEME Guide No. 41. *Med Teach.* 2 oct 2016;38(10):966-80.
67. Hajek P, Najberg E, Cushing A. Medical students' concerns about communicating with patients. *Med Educ.* août 2000;34(8):656-8.
68. DGOS, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), HAS. Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent ». Ministère des solidarités et de la santé; 2019.
69. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* mars 2006;32(3):167-75.
70. King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, Agency for Healthcare Research and Quality (US), éditeurs. *Adv Patient Saf New Dir Altern Approaches.* 2008;3: Performance and Tools.
71. Passi V, Johnson S, Peile E, Wright S, Hafferty F, Johnson N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Med Teach.* sept 2013;35(9):e1422-1436.
72. Buckley S, Coleman J, Davison I, Khan KS, Zamora J, Malick S, et al. The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. *Med Teach.* avr 2009;31(4):282-98.
73. Aspegren K, Lønberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Med Teach.* 1 sept 2005;27(6):539-43.

74. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing Communication Competence: A Review of Current Tools. *Fam Med.* 2005;37(3):184-92.
75. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments:: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns.* 1 nov 1998;35(3):161-76.
76. Swanson DB, Vleuten CPM van der. Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients: State of the Art Revisited. *Teach Learn Med.* 1 janv 2013;25(sup1):S17-25.
77. Amini R, Hernandez NC, Keim SM, Gordon PR. Using standardized patients to evaluate medical students' evidence-based medicine skills. *J Evid-Based Med.* 2016;9(1):38-42.
78. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* juin 2012;87(3):300-6.
79. Dreifuerst KT. THE ESSENTIALS of DEBRIEFING in Simulation Learning: A Concept Analysis. *Nurs Educ Perspect.* mars 2009;30(2):109-14.
80. Garden AL, Le Fevre DM, Waddington HL, Weller JM. Debriefing after Simulation-Based Non-Technical Skill Training in Healthcare: A Systematic Review of Effective Practice. *Anaesth Intensive Care.* 1 mai 2015;43(3):300-8.
81. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns.* 1 août 2006;62:38-45.
82. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Benth JS, Dahl FA, Krupat E, Finset A. Interrater reliability for the Four Habits Coding Scheme as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 1 sept 2010;80(3):405-9.
83. Jensen B and F, Gulbrandsen P al, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):163-9.
84. Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS, Garratt A, Safran DG, Finset A, et al. "Four Habits" goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns.* 1 sept 2008;72(3):388-93.
85. Scholl I, Nicolai J, Pahlke S, Kriston L, Krupat E, Härter M. The German version of the Four Habits Coding Scheme – Association between physicians' communication and shared decision making skills in the medical encounter. *Patient Educ Couns.* 1 févr 2014;94(2):224-9.
86. Bellier A, Chaffanjon P, Krupat E, Francois P, Labarère J. Cross-cultural adaptation of the 4-Habits Coding Scheme into French to assess physician communication skills. *PLoS One.* 2020;15(4):e0230672.
87. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):34-8.

88. Asan O, Montague E. Using video-based observation research methods in primary care health encounters to evaluate complex interactions. *Inform Prim Care*. 2014;21(4):161-70.
89. Rogers CR, Priels J-M. Carl Rogers et le développement de l'Approche Centrée sur la Personne. *Approche Centree Sur Pers Prat Rech*. 2008;n° 8(2):50-2.
90. Arora S, Ashrafian H, Davis R, Athanasiou T, Darzi A, Sevdalis N. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Med Educ*. août 2010;44(8):749-64.
91. Heaven C, Clegg J, Maguire P. Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Educ Couns*. mars 2006;60(3):313-25.
92. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Transfer of communication skills to the workplace during clinical rounds: impact of a program for residents. *PloS One*. 26 août 2010;5(8):e12426.
93. van den Eertwegh V, van Dulmen S, van Dalen J, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM. Learning in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Educ Couns*. 1 févr 2013;90(2):184-92.
94. Rotthoff T, Baehring T, David DM, Bartnick C, Linde F, Willers R, et al. The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Educ Couns*. août 2011;84(2):170-5.
95. 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.
96. van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-Van Den Berg BW, van Den Hout HA, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM. Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2002;7(1):29-40.
97. Donata Marra. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation; 2017.
98. Price PB, Lewis EG, Loughmiller GC, Nelson DE, Murray SL, Taylor CW. Attributes of a good practicing physician. *J Med Educ*. mars 1971;46(3):229-37.
99. Comité Central de Gestion des MEMFI. Information sur les MEM [Internet]. 2018 [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://admission.umontreal.ca/fileadmin/fichiers/documents/MEM.pdf>
100. Côté DJ, Université de Sherbrooke M. Le MEM (Mini Entrevues Multiples) [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.usherbrooke.ca/orientation/fileadmin/sites/orientation/documents/Presentations_Admission/Presentation__MEM.pdf

101. Perron NJ, Sommer J, Hudelson P, Demaurex F, Luthy C, Louis-Simonet M, et al. Residents' Perceived Needs in Communication Skills Training across In- and Outpatient Clinical Settings. *Educ Health*. 5 janv 2009;22(1):280.
102. Goleman D. L'intelligence Emotionnelle. J'ai Lu; 2014. 924 p. (SEMI-POCHE PRAT).
103. Salovey P, Mayer JD. Emotional Intelligence. *Imagin Cogn Personal*. mars 1990;9(3):185-211.
104. Lopes PN, Brackett MA, Nezlek JB, Schütz A, Sellin I, Salovey P. Emotional intelligence and social interaction. *Pers Soc Psychol Bull*. août 2004;30(8):1018-34.
105. Lopes PN, Salovey P, Côté S, Beers M. Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emot Wash DC*. mars 2005;5(1):113-8.
106. Brackett MA, Rivers SE, Shiffman S, Lerner N, Salovey P. Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *J Pers Soc Psychol*. oct 2006;91(4):780-95.
107. Bally K, Berchtold-Ledergerber V, Hofer G, Karger A, Kiss A, W.Kressing R, et al. La communication dans la médecine au quotidien : Un guide pratique. Académie Suisse Sci Médicales ASSM. 2013;
108. Junod N, Sommer J. Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. Académie Suisse Sci Médicales ASSM. 2005;Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
109. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2 oct 2004;329(7469):770-3.
110. Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juill 2005;80(7):641-7.
111. Le Grand-Séville C. Formes et raisons de la violence à l'hôpital. *Soins*. mai 2016;61(805):29-31.
112. Marin C. *Hors de moi*. Paris Allia. 2008.
113. Bacchi S, Licinio J. Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. *Acad Psychiatry*. nov 2014;39(3).
114. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical Student Mental Health 3.0: Improving Student Wellness Through Curricular Changes. *Acad Med*. avr 2014;89(4):573-7.
115. Wasson LT, Cusmano A, Meli L, Louh I, Falzon L, Hampsey M, et al. Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being: A Systematic Review. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2237.

116. CNA Santé [Internet]. CNA Santé. Disponible sur: <https://cna-sante.fr/missions-organisation/>
117. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program. *Arch Intern Med*. 12 déc 2005;165(22):2601-6.
118. Engerer C, Berberat PO, Dinkel A, Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Integrating 360° behavior-orientated feedback in communication skills training for medical undergraduates: concept, acceptance and students' self-ratings of communication competence. *BMC Med Educ*. 18 oct 2016;16(1):271.
119. Bandura A, Baum A, Newman S, Wienman J, West R, McManus C. Self-efficacy and health behaviour. Ayers S, éditeur. *Camb Handb Psychol Health Med*. 1997;160-2.
120. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *Am Psychol*. 2000;11.
121. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2003;78(8):802-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 - GUIDE DE CALGARY CAMBRIDGE(121)

<p>Structurer activement l'entretien</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Rendre explicite l'organisation de l'entrevue ➔ Prêter attention à l'organisation de l'entrevue 	<p>Débuter l'entretien :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Préparer la rencontre -Etablir le premier contact (l'accueil) -Déterminer les motifs de la consultation 	<p>Construire la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Utiliser un comportement non verbal approprié ➔ Etablir une relation chaleureuse et harmonieuse ➔ Associer le patient à la démarche clinique
	<p>Recueillir l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explorer les problèmes du patient et découvrir : la perspective biomédicale, la perspective du patient, les informations de base (contexte) 	
	<p>Faire l'examen physique</p>	
	<p>Expliquer et planifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fournir la quantité et le type d'informations adéquates -Aider le patient à retenir et comprendre les informations -Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient -Planifier : arriver à une décision partagée 	
	<p>Clore l'entretien :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planifier les prochaines étapes -Préparer la fin de l'entrevue 	

Système de Codage des 4 Habitudes

Habitude 1 : S'investir dès le début (/30)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Montre de la familiarité avec le patient 2. Accueille les patients chaleureusement 3. Fait du bavardage 4. Utilise principalement des questions ouvertes 5. Encourage l'expression des inquiétudes du patient 6. Suscite toutes les préoccupations
Habitude 2 : Obtenir le point de vue du patient (/15)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Intéressé par la compréhension du problème du patient 8. Demande les attentes du patient pour la consultation 9. Montre de l'intérêt à propos de l'impact sur la vie quotidienne
Habitude 3 : Faire preuve d'empathie (/30)	<ol style="list-style-type: none"> 10. Encourage l'expression des émotions 11. Accepte/comprend les sentiments du patient 12. Aide à identifier/nommer les sentiments 13. Fait preuve d'un comportement non verbal efficace
Habitude 4 : S'investir jusqu'à la fin (/50)	<ol style="list-style-type: none"> 14. Enonce les informations/le diagnostic en fonction des préoccupations du patient 15. Marque des pauses permettant l'intégration de l'information 16. Explique clairement sans jargon médical 17. Explique la nécessité des examens et traitements 18. Vérifie efficacement la compréhension 19. Encourage la participation à la prise de décision 20. Vérifie l'acceptance du plan thérapeutique 21. Explore les obstacles à sa mise en oeuvre 22. Encourage des questions supplémentaires 23. Etablit un plan de suivi clair

Bellier A. (2018)

ANNEXE 3- SCORE MBI ET INTERPRETATION

	Jamais ↓			Chaque jour ↓			
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE STAY - ANXIETE TRAIT

1	Je me sens dans de bonnes dispositions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
2	Je me sens nerveux et agité	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
3	Je suis content de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
4	Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
5	Je me sens un raté	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
6	Je me sens paisible	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
7	Je suis calme, détendu et de sang froid	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
8	J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
9	Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
10	Je suis heureux	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
11	J'ai des pensées qui me tourmentent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
12	Je manque de confiance en moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
13	je suis sûr de moi	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
14	Je prends facilement des décisions	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
15	Je ne me sens pas à la hauteur	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16	Je suis content	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
17	Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
18	Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
19	Je suis quelqu'un de calme	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
20	Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

CARE Patient Feedback Measure for

*** Type name of Practitioner here ***

Please write today's date here:

D	D	/	M	M	/
			Y	Y	

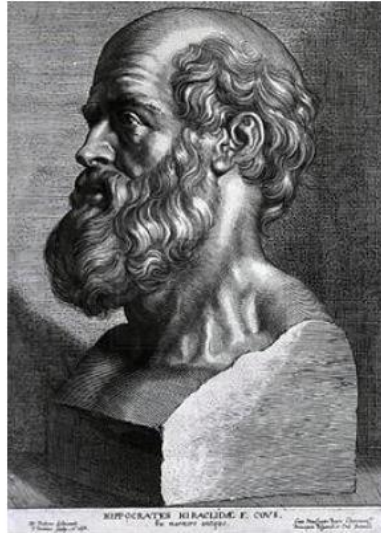
Please rate the following statements about today's consultation.

Please mark the box like this with a ball point pen. If you change your mind just cross out your old response and make your new choice. Please answer every statement.

How good was the practitioner at...	Poor	Fair	Good	Very Good	Excellent	Does not apply
1) Making you feel at ease (introducing him/herself, explaining his/her position, being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Letting you tell your "story" (giving you time to fully describe your condition in your own words; not interrupting, rushing or diverting you)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Really listening (paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Being interested in you as a whole person (asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as "just a number")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Fully understanding your concerns (communicating that he/she had accurately understood your concerns and anxieties; not overlooking or dismissing anything)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Showing care and compassion (seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or "detached")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Being positive (having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Explaining things clearly (fully answering your questions; explaining clearly, giving you adequate information; not being vague)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Helping you to take control (exploring with you what you can do to improve you health yourself; encouraging rather than "lecturing" you)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Making a plan of action with you (discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved; not ignoring your views)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments: If you would like to add further comments on this consultation, please do so here.

SERMENT D'HIPPOCRATE



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DECLARATION DE GENEVE, WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2017

« En qualité de membre de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ; J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ; Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ; Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ; Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ; Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement. »

Remerciements

Ce travail qui en plus d'avoir une valeur symbolique de fin d'études, m'a permis de colliger l'ensemble des projets et causes qui m'ont particulièrement touchée pendant mon cursus : il fut une évidence dans laquelle j'ai pu mettre, en plus de mon temps et mon énergie, une affection particulière.

Il ne fait aucun doute que c'est à la fois mon parcours médical et mon curriculum caché qui m'ont menée jusqu'ici, et leurs empreintes se sont faites par des rencontres remplies de bienveillance. J'espère à mon tour m'en montrer digne.

Remerciements professionnels

En premier lieu, je tiens à remercier la présidente de ce jury de thèse, le Professeur Marie-Thérèse Leccia, pour l'enthousiasme qu'elle a manifesté à l'idée de ce projet. En tant que vice-doyenne en charge des risques psychosociaux c'était une évidence de vous proposer la présidence de mon travail de recherche, tant pour votre engagement que pour l'admiration que je vous porte. J'aimerais également vous dire que votre humanisme et votre empathie m'ont permis dès le jour de notre rencontre de travailler dans une pleine confiance sur des projets qui nous tenaient très à cœur. J'espère avoir la chance de travailler de nouveau à vos côtés afin de concrétiser pas à pas quelques brides d'utopie, toujours avec passion et enthousiasme.

Je souhaiterais exprimer ma gratitude au Professeur Philippe Chaffanjon pour son accueil chaleureux au sein de son laboratoire d'anatomie. J'y ai découvert votre recherche permanente de mesure et de précision dans vos travaux qui suscite encore aujourd'hui tout mon respect. Mais plus encore, j'ai pu y développer une passion pour la pédagogie, ainsi qu'y trouver une seconde famille. Merci de faire vivre ce lieu où l'essence de la médecine a pris forme pour moi :

le compagnonnage, l'empathie, l'histoire et la recherche. Enfin, merci infiniment pour votre confiance dans l'encadrement des consultations simulées qui m'ont tant motivée.

Je remercie également le Docteur et Maître de conférences des universités Anne-Claire Toffart pour son engagement dans la cellule pédagogique de la faculté. Réaliser ce travail de recherche sans partenariat avec la faculté ne ferait pas sens, celle-ci réservant toujours aux étudiants une écoute attentive et accueillante. Votre présence dans ce jury me paraissait incontournable, merci d'y avoir vu le même intérêt.

Mes remerciements vont également au Docteur et Maître de conférences Associé Farouk Bendamène pour ta passion et ton enthousiasme que ce soit dans l'apprentissage ou la pratique de la médecine générale. J'ai contemplé à tes côtés toute la tendresse et le dévouement que l'on peut délivrer au quotidien en tant que médecin traitant à ses patients, ou en tant qu'enseignant à ses étudiants. Ta disponibilité sans limite et ta mémoire infailible n'ont d'égal que ta persévérance et tes compétences relationnelles. Travailler à tes côtés est une chance, qui j'espère durera encore au moins 30 ans. *ءيش لك ىلع مكل اركش.*

Je suis particulièrement reconnaissante au Maître de conférences Pauline Bouchet d'avoir accepté de rejoindre ce jury : il n'aurait pas su être complet sans toi, puisque travailler avec d'autres disciplines ne peut qu'enrichir notre pratique. J'ai été extrêmement sensible à tes qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de la préparation des consultations simulées, qui ont participé à rendre cet exercice encore plus riche. Merci d'avoir tant cru à ce projet pédagogique.

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, le Dr Alexandre Bellier, pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral, pour tes multiples conseils et pour toutes les heures que tu as consacrées à diriger cette recherche. J'aimerais également te dire à quel point j'ai apprécié ta grande disponibilité et ta patience face à mes élans littéraires.

Tu es mon exemple de rigueur et d'organisation, mais aussi un ami précieux qui a prouvé à maintes reprises sa valeur. Merci d'avoir compris à quel point ce projet était important pour moi et, comme toujours, de m'avoir assuré de ton soutien sans faille.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux professeurs et médecins qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus car c'est à leurs côtés que j'ai pu m'épanouir tout en apprenant de chacun des compétences différentes.

Ma reconnaissance va depuis le début de mes études au Professeur Christophe Ribuoat pour m'avoir écoutée, donné confiance dans la possibilité d'un triplement en PACES et soutenue dans ma démarche. Il m'avait prévenu que ce ne serait que le début, et que la suite ne serait pas simple. Je sais aujourd'hui à quel point il avait raison mais aussi que ces dernières années ont aussi été les plus belles. Merci pour cet inestimable cadeau.

Mes remerciements vont au Professeur et ancien doyen de la Faculté de Médecine de Grenoble Jean Paul Romanet, pour sa droiture en toute circonstance. Sa confiance et son soutien dans mes initiatives étudiantes m'ont permis de dépasser mes espérances. On ne peut aspirer à mieux de la part d'un doyen de faculté. Merci pour ce bel exemple de devoir, de probité et de dignité.

Je tiens à remercier également Monsieur le Doyen Patrice Morand, pour sa confiance et l'écoute dont il fait preuve. Bien avant sa prise de fonction, il montrait déjà une volonté affirmée de travailler avec ses étudiants et une sensibilité particulière pour leurs besoins. Son humanisme est à saluer.

A ces femmes qui me servent d'exemple chaque jour, qui savent concilier excellence médicale et vie personnelle, celles qui ont su aller au plus profond d'elles-mêmes pour en tirer une connaissance de soi indispensable à une vie et des soins de qualités, je m'emploie chaque

jour à suite votre exemple. Merci au Dr Delphine Mortas pour ta confiance, ton implication auprès des femmes militaires et nos échanges au quotidien – tu as été ma prof^e, ma prat^e et je sais que tu resteras avant tout une amie précieuse ; au Dr Sophie Perrin pour ta présence radieuse et ton humanité entière – je n’ai pas de mots pour te dire à quel point tu m’as tant apporté : ne change jamais ; au Dr Elena Chidlovskii pour tes connaissances et ton partage ainsi qu’au Dr Anne Ledoyen-Jankowski pour ton enthousiasme et ta complicité au quotidien, au Dr Marie Sicot pour tes réflexions et ton engagement auprès des femmes, au Dr Cécile Mourre pour ton attention particulière à ce qui fait la singularité de chacune d’elles et ton humanisme, au Dr Anne Brunet Humbert pour ta sensibilité et ta délicatesse qui permettent à tes patient.e.s de s’épanouir sous tes soins, au Dr Aurélie Finkel pour ton engagement et ta joie de vivre, à Anaïs Degermann pour m’avoir ouvert les portes de la maïeutique et pour la qualité du travail que tu effectues au quotidien, et enfin au Pr Pascale Hoffmann-Cucuz et au Dr Perrine Millet pour ce DIU d’une importance si capitale qu’il a changé ma vie et ma pratique : je vous remercie du fond du coeur.

A ces médecins généralistes qui ont fait naître et perpétuer l’envie d’exercer cette noble discipline, merci d’avoir pris le temps de partager votre savoir et votre expérience, de m’avoir montré que chaque généraliste a ses spécialités. Au Dr Christophe Fouillard pour ta ponctualité et ton implication, pour ta curiosité médicale toujours intacte, et ton dévouement auprès de tes patients et de nos militaires – c’est un honneur de continuer ma route en étant ta collaboratrice, au Pr Patrick Imbert pour votre confiance et votre écoute entière depuis l’externat – merci de m’avoir accompagnée depuis le début de mon projet et dans sa suite ; au Dr Olivier Jouet-Pastre qui fait de la responsabilité sociale en santé ton axe majeur de travail, tout en conservant un humour des plus fins, au Dr Jacques Bouchaud pour ta passion de la médecine du sport, au Dr Philippe Abadie pour l’importance que tu as accordé à la santé mentale de tes patients, au même titre que leur santé physique, et tes activités d’expertises, au Dr Philippe Levy pour ta rigueur

et ton implication auprès des patients victimes d'erreurs médicales, au Dr Pierre Minier pour son attention particulière à mon épanouissement et ses précieux conseils. Et évidemment, merci encore aux docteurs Bendamène et Mortas.

Mes remerciements vont également au service des urgences, dans lequel j'ai passé la majorité de mes études : c'est là-bas que j'ai appris, progressé et tant partagé. Merci au Dr Laurence Sanders pour ton dévouement – c'est un bonheur de partager des gardes à tes côtés, au Dr Affif Kaddour pour avoir toujours veillé à ce que je parte à des heures convenables – quitte à me sortir du box toi-même – tu me manques, au Dr Carole Paquier qui a rempli le service d'une bienveillance rare et d'une disponibilité permanente, au Dr Philippe Pommier pour ta confiance, ta force tranquille, au Dr Louise Cavat pour ton sourire et ta foi profonde en l'hôpital public – les gardes ont toujours plus de goût à tes côtés, au Dr Clément Collart pour ton expertise, au Dr Benoît Besse pour ton phlegme à toute épreuve, au Dr Toussaint pour ta bienveillance et ton humanisme, et bien sûr au Dr Marc Blancher pour ton humour sans limite.

Je tiens également à remercier les médecins spécialistes qui m'ont accueillie et formée : le Pr François Moutet pour l'autonomie que vous m'avez laissée en chirurgie de la main dès mon premier stage et pour votre art au bloc opératoire, l'ensemble du service de réanimation polyvalente chirurgicale (et en particulier les Drs Pierre Lavagne, Dominique Falcon et Julien Picard) pour la cohésion de ce service et la qualité des cours qui y ont été dispensés, les Drs Boubou Camara, Sébastien Quétant et le Pr Christophe Pison en pneumologie pour le temps que vous m'avez accordé, le Pr Jean-Paul Chirossel et le Dr Ahmad Ashraf pour m'avoir transmis la passion de la neuroanatomie, me permettant par la suite d'apprendre toujours plus auprès du Dr Laurent Selek qui a toute mon affection, mon admiration et ma tendresse – tu me manques particulièrement en ce jour de soutenance ; le Pr Jean-Guy Passagia pour votre pédagogie, vos passions médicales et musicales, et votre dévouement aux étudiants – merci de m'avoir accompagnée tout au long de la route et d'avoir tant partagé ; le Dr Nicolas Mathieu

pour ses connaissances et son charisme, au Dr François Chiron pour m'avoir fait découvrir le milieu pénitentiaire, au Dr Mehdi Boudissa pour son amitié et sa confiance, au Dr Marion Benbournane pour sa bienveillance et sa pédagogie, aux Drs Samuel Bersinger et Quentin Jegusso pour leur bonne humeur et leurs cours de physiologie, et au Dr Irène Boisseau pour sa douceur et sa patience. A Jean Pellet, qui a su transmettre son humanisme aux plus jeunes, merci pour ta douceur et ta bienveillance.

A mes internes et assistants, non cités jusque-là, et en particulier le Dr Georges Zaatari, le Dr Boris Aloui, le Dr Laura Sauherbach, le Dr Jeremy Borges, et le Dr Cloé Scherpereel pour qui j'ai une tendresse particulière.

Comme un médecin ne peut rien seul, je pense évidemment à remercier toutes les équipes qui m'ont accompagnées, en particulier les infirmiers et infirmières qui m'ont appris et entourée (plus particulièrement, merci à Charles, Anne-Laure, Camille, Clément, Faustine, Pierre, Lucile, Barbara, Julie, Maeva, Pauline, Marlène, Sylvain), mais aussi leurs cadres (Françoise et Léa), les kinés (Fédérico, Carole), les assistantes sociales (Virginie, Catherine), ainsi que les aides-soignants et agents de service hospitalier (Déborah).

Et parce que les soignants/étudiants ne peuvent rien sans elles, merci aussi aux secrétaires qui rendent notre quotidien plus simple, plus chaleureux et plus délicieux qu'elles soient secrétaires médicales (Justine, Chantal, Véronique et Nathalie) ou gestionnaires de scolarité (Maryline, Eugénia, Peggy, Céline).

Merci aussi aux étudiants qui ont partagé mes journées : Leslie, Mehdi – le fraté, Clara, Leila, Mathilde, Diane, Yacine, Adrien, Simon, Marie, Julien, Elora, Margaux, Earvin, Talia, Estelle Charlotte. Sans vous les journées n'auraient pas été aussi riches. Merci pour vos questions qui m'ont toujours poussée, mais aussi votre implication et votre dévouement dans

nos soins. Vous serez toutes et tous de grands docteurs, j'ai hâte de croiser à nouveau votre route.

Et enfin, merci encore à l'équipe de Vizille de m'avoir accueillie aussi chaleureusement. J'ai hâte de poursuivre ma route à vos côtés, dans cette belle famille.

Remerciements personnels

Parce que c'est avec eux que tout a commencé, et que sans eux, je n'aurai pas osé tout cela :

Maman, ta générosité et ton amour sans limite m'ont permis de me construire, j'essaie de m'en montrer digne. Tu as tout donné pour que tes enfants puissent faire de leur vie ce qui leur plaît, et qu'ils ne manquent de rien. Tu nous gâtes trop, tu le sais, et c'est pour cela que je n'ai pas les mots à la hauteur de tes sacrifices. Merci d'avoir toujours été là, quels que soient les obstacles. Je t'aime, pour toujours.


Papa, c'est de toi que je tiens ma persévérance et j'espère pouvoir un jour égaler ton humilité. Tu m'as poussé à bouger les lignes, tu as écouté l'indicible, et tu restes mon (re)père dans les tempêtes. Ta confiance et ton amour te ressemblent, discrets et invulnérables, et c'est en m'appuyant sur eux que j'ai pu gravir des montagnes. Merci pour ton soutien et ton exemple. Je t'aime, infiniment.

Merci à tous les deux pour les deux plus beaux cadeaux de ma vie : ils font partie de moi, et je ne peux imaginer ma vie sans eux, sans leurs rires et leur amour. Merci à mon frère et à ma sœur de toujours me voir telle que je suis, de me reconforter parfois, de me faire sourire toujours. Vous êtes mes soleils et je suis tellement fière de vous.

J'en profite aussi pour témoigner toute ma tendresse et mon amour à mes deux grand-mères, véritables forces de la nature, ainsi que l'immense joie d'avoir pu compter sur elles à chaque étape de mes études. Vous êtes merveilleuses.

A mon oncle, mes tantes, leurs cousines, et bien sûr Philippe qui comprend le mieux tout ce périple, je ne pouvais rêver mieux que chacun et chacune d'entre vous. Merci d'être toujours aussi compréhensifs, intéressés et soutenant.

Et l'équipe ne serait être complète sans les derniers de la meute : à mes cousines, mes cousins, petites-cousines, petits-cousins, Céleste et Jade, je suis tellement chanceuse de vous avoir à mes côtés. Merci d'être au cœur de cette vie de famille et d'y entretenir les étincelles.

A l'heure du bilan, si ces onze dernières années ont été les meilleures, c'est évidemment grâce à vous, les Narissons. Je trouve difficilement les mots pour dire (encore) à quel point on s'aime. Merci d'être si prévenants les Papa pélicans, si drôles, et si touchants. Notre aventure est fantastique et ce n'est toujours que le début : vous rendez ma vie plus belle encore que ce que j'aurai pu imaginer, et j'ai hâte d'y ajouter encore d'innombrables souvenirs à vos côtés. Au-dessus de vous, c'est le soleil 

Mathmath d'amour, ta douceur et ton exemplarité m'ont accompagné toutes ces années. Je ne pouvais rêver d'une sœur plus audacieuse, sincère et persévérante. Merci de me permettre de me sentir complète à tes côtés, merci pour ta confiance. Je t'aime, tout simplement.

Jessicô, ma guerrière, ton humilité et ton altruisme sont un exemple pour toute l'humanité. Merci pour ta confiance, ton écoute et tous les cadeaux que tu sèmes sur ta route.

Ori, merci pour ta générosité, ton humanité entière et ton enthousiasme toujours intact. Ta beauté n'est que le reflet de ton joli cœur.

Mo, ton humour et ta franchise font de toi la plus charismatique des Narrissones. Merci pour ton exemple, et toute la force que tu mets à gravir/déplacer des montagnes.

Méli, militante et cultivée, je ne te remercierai jamais assez de prendre soin non seulement des femmes, mais aussi de Titou et de tous les Narissons au quotidien. Merci, FORT.

Jojo, ta grâce et ta rigueur font de toi non seulement une magistrate d'exception mais surtout une amie inestimable. Merci de toujours répondre présente.

Titou joli, ta maturité, et ton altruisme font de toi un médecin, un homme et un copain fabuleux. Et drôle. Merci d'être toujours là, et de me tendre sans relâche tes bras de 9 mètres dans lesquels je suis si bien. *Nebghik Titou ou nmout allik.*

Vien', mon vélociraptor, ta persévérance et ton excellence me rendront toujours admirative. Merci pour ta loyauté et notre complicité. Merci aussi de laisser entrevoir autant lors de toutes les fins de soirées. Tu es mon refuge.

Titi, mon frère, merci pour les jolis moments que ce soit au bout du monde ou au bout du piano. Ta rigueur, ton peignoir et ta cuisine enchantent ma vie. Et puis surtout, n'oublie pas petit génie : si tu te trompes, ce sera *Two sips, two cards.*

Nalix, médecin généraliste spécialiste de la réhabilitation respiratoire et de l'apnée, tu as surtout un cœur gros comme ça. Merci de toujours trouver le juste milieu entre les mots et les silences qui disent tout. Merci d'être là quoi qu'il arrive (y compris en cas d'oubli de bâtons).

Ul', tu fais de notre vie le meilleur évènement. Merci pour tous ces rires, ils sont de purs nectars de bonheur. Tu es un exemple à suivre, une pépite de droiture et d'abnégation. Un vrai Papa Pélican.

Nalex, tu as fait de nous une vraie famille. Merci d'être aussi impliqué, engagé et de si bien veiller sur nous. Tu peux être fier de tout ce que tu nous apportes, on sait que l'on peut toujours compter sur toi. Et je suis très fière d'être ton amie.

Minou, tu as été le premier à partager ce bout de chemin avec moi. Merci d'être entier dans notre amitié, de me faire sentir en sécurité. Merci aussi d'avoir le courage de te mettre à nu quand l'occasion le requière (et quand il y a une piscine).

Faboutronc, meilleur binôme de vacances (surtout sans espadrilles), c'est toujours un plaisir de t'entendre : que ce soit dans tes mots les plus fleuris ou à la gratte, merci d'être à la fois le plus adulte et le plus grand capot d'astre de la bande. Décapadio d'amour va !

Adri, toi qui a fui le plus loin, tu sais réduire la distance d'un coup de fil. Merci pour tous ces moments de partage qui me font chaque fois me sentir plus proche de toi. Tu es un garçon brillant et exceptionnel, ne l'oublie jamais.

Guérémie, tu as toujours le mot pour rire, toujours positif, toujours partant. Humble et à l'écoute, merci pour tous ces jolis moments partagés (et tous ces désamorçages de drames à grand coup d'humour).

Chouff, mon vieux à moi. Je ne sais pas s'il y a assez de mots pour décrire ton soutien en ce fameux 8 mars, cette fâcheuse manie de cacher mes affaires en vacances, cette soirée au Vietnam et les étoiles qu'il y a dans tes yeux sur la piste de danse. Peu de gens aiment la vie comme toi, et possèdent une telle intégrité. Merci de faire pétiller ma vie.

Key, le petit dernier de la bande. Merci de savoir que j'aurai toujours quelqu'un avec qui danser, merci de briller dans ton fameux pantalon avec bandana assorti, et merci pour les galettes-saucisses qui nous rapprochent encore plus.

A Jocelyne, pour m'avoir accompagnée sur cette route depuis le début, pour m'avoir aidée à trouver les clés pour m'épanouir, je ne te remercierai jamais assez. Si la vie est une fête, tu es l'un des plus beaux cadeaux. Merci à Corinne de t'avoir mise sur ma route et à Claire de te compléter aussi harmonieusement bien. A toutes les deux, vous m'avez permis de trouver un cocon rempli de personnes merveilleuses pour m'accomplir : Catherine, Nathalie, Véronique, Emilie et Cédric.

A Cyril, qui m'a appris à faire confiance, à me faire confiance. Avec toi, je suis entière et je n'ai plus peur de rien. Merci de me comprendre même sans rien dire. Merci de chasser la solitude, d'éclairer mon quotidien. Merci mille fois.

A Siméon, d'une loyauté infinie. La valeur de ton amitié n'a pas d'égal et j'espère m'en montrer digne. Merci de t'ouvrir, de te montrer vulnérable, de tout partager. Tu es d'une richesse magnifique (*et tout sous-entendu avec la droite n'est que fortuit*).

A Cécile, la plus grande warrior que la médecine générale pouvait espérer. Merci de m'avoir soutenue, de la PACES à la thèse. Merci d'avoir su écouter, d'avoir partagé les pleurs et les joies, d'avoir toujours répondu présente. Ta résilience et ta persévérance m'ont poussée au-delà de mes rêves. Merci de revenir dans les Alpes, merci pour tout ça et plus encore.

A Isa, la plus belle des futures mamans. Merci pour ton écoute, ces fabuleuses vacances à Majorque, et les journées spa/brunch. Tout est plus doux à tes côtés et j'ai hâte de poursuivre ma vie, comme à l'habitude, en parallèle de la tienne.

A Chichou, Amélie, Audrey, Cass, Mallo, Alexandre, Solène, Arthur et Laurent toujours présents même 15 ans après. Merci d'entretenir notre amitié, d'en prendre autant soin. Merci d'avoir compris à quel point ces études ont été épanouissantes pour moi et de toujours répondre présents.

A J-B, Flo, Stan, Manu, Sarah, Aurore et Alex, Bibi, Yann, Manon, Aline, P-A et Martin :
merci de m'avoir permis de traverser ces 3 premières années sans trop de séquelles, d'avoir
maintenu cette envie d'y arriver et d'être restés auprès de moi toutes les années qui ont suivies.

Aux copains de l'externat : Rose, Mymy Jolie, Elo, Justine, Lise, Axelle, Paul, Aymeric-
binôme pour toujours, Nils, Nathan, Cucu, Marv, Cam, Blach', Laurin, Benoît, et Clément.
Merci pour ces fêtes, ces thés et ces confidences. Merci de rester des amis malgré la distance.
Merci aussi aux fillots - Emeric, Jb, Tim et Marion- pour cette petite famille qui est la nôtre.

A Antoine, pour ton soutien jour après jour en D4, pour tes concerts, pour Pita, pour Clara.

A Thibault pour ta belle énergie, ton écoute sans pareille et ta mansuétude. Tu rends ce
monde plus beau. Quelle chance d'avoir croisé ta route, et notre chemin promet d'être encore
long.

Aux copains de l'internat : Fiona (ma plus grande source d'inspiration), Simon, Méli, Lou,
Eve, Nelly, Claire, Flavie, Masha, Léo, Amèle, Matthew, Marie, Laurianne, Stella, Emilien,
Juliette, Eglantine, Diane, Aurélie. Vous avez fait de ces trois années un cocktail indescriptible
d'aventures.

A mes Papas adoptifs, Philou et Papascal, qui veillent au quotidien à ma sécurité et mon
bien-être : Merci de me rappeler que l'on peut grandir, s'épanouir, travailler rigoureusement
sans devenir trop sérieuse. Les carabins ont de la chance de vous avoir à leurs côtés, et moi
encore plus. Je vous aime tendrement.

A Thierry et José, pour leur patience, leur bienveillance et leur engagement. Merci pour
votre confiance, et vos conseils. Vous faites un travail si précieux qui change le monde pas à
pas. Merci d'avoir changé le mien.

Aux paillassons, et en particulier Mérédith et Matt, pour me sortir de temps à autre de la médecine, me faire danser toute la nuit, mais surtout me faire rire chaque jour. Comme je n'ai que des vacances, j'ai hâte des prochaines à vos côtés !

A Tess et Xav, qui ont pris le relai, pour leur soutien si précieux au balcon qui s'est poursuivi ensuite. Et à Rocket, évidemment !

A Cam' et Robinours pour leur accompagnement dans ce travail, mais aussi au quotidien. Merci pour la famille que vous avez créé. Le sirop de Violette n'en est que meilleur.

A tous ceux qui ont croisé ma route dans le cadre associatif (Téano, Gus, Juju, Xav, Drudru, Théo, Pouill', Negrello – définitivement le plus exotique, fantastique et touchant des vieux, Stéphane, Maxence, Marie, Juliette et Juliette, Ludivine, Alice, Claire-Lise, Colette, Engie, Marion, Aude, Yohan, Victor, Guillaume, Greg, Chapo, Laet, Marie), merci pour votre implication. Les choses progressent grâce à vous, et en onze ans, on en a fait du chemin. Un grand merci de la part de tous ceux qui ont pu avoir un quotidien plus facile grâce à votre dévouement.

A Yoann Robert pour ta joie de vivre, les cafés dans le service de pédiatrie, le kangoo sur le parking de l'internat. Je me sens toujours épaulée à tes côtés, tu rayannes d'humanité. Avec P-Y, vous faites un binôme épatant. Merci à tous les deux d'entretenir la flamme des carabins, de rester intègre.

Merci aussi au Dr Valérie Auslender, au Dr Donata Marra, au Dr Elisabeth Opoix, à Axel Lattuada et Marc de Boni, à Baptiste Beaulieu, à Claire Marin, à Martin Winckler, et à Muriel Salmona pour votre participation aux différents projets menés, et pour tout ce que vous m'avez apporté lors de ce chemin parcouru ensemble. Merci en particulier de donner autant pour les étudiants en médecine, mais aussi pour le reste du monde.

A Georges, pour avoir cru en ta croë avant même qu'elle s'inscrive à la fac.

A Laurent, pour ton exemplarité, ton humanité, et ta confiance.

« La rationalité seule, l'objectivité seule et la quantification seule...tendent à ignorer tout ce qui relève des aspirations, sentiments et soucis, et elles propagent une incompréhension spécifique du vécu » Edgar Morin

« Le roman de ma détresse vous touchera, la peinture de mon orage vous blessera et la fièvre de mon engagement social vous forcera à découvrir une autre manière d'être humain » Boris Cyrulnik

« L'éthique, c'est réfléchir, décider, savoir expliciter ses choix, ce n'est pas obéir » Anne Fagot- Largeault

« Si une civilisation n'est pas soignée, elle n'est rien » Cynthia Fleury