

UFR SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2021

N°

THESE

Pour le DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2021

par **Marine LOMENEDE**

Née le 29 / 06 / 1992 à Rouen (76)

<p>APPORT DE LA CONSULTATION SIMULÉE AVEC RÉTROACTION (CoSiR) DANS L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE ROUEN</p>

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL

Co-Directrices de thèse : Madame le Docteur Blandine BILLET
Madame le Docteur Lucille PELLERIN

Membre du jury : Monsieur le Docteur Pascal BOULET
Monsieur le Docteur Samuel LEROY

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>sumombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Loup HERMIL

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal BOULET

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté d'évaluer mon travail.

A Monsieur le Docteur Samuel LEROY

Merci d'avoir activement participé à l'élaboration de cette étude et d'accepter d'évaluer mon travail.

A Mesdames les Docteurs Lucille PELLERIN et Blandine BILLET

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et d'avoir consacré du temps pour les nombreuses relectures.

A Monsieur Thierry WABLE

Merci d'avoir accepté de nous faire part de votre expérience et de vos enseignements aux externes qui ont nourri nos réflexions pour le troisième cycle. Notre équipe est toujours désireuse de partager l'aventure avec vous.

A Ciel Mon Serment

Merci pour votre participation à cette étude et pour votre participation en général à la formation des étudiants en médecine.

A Jeanne Gogny

Merci pour votre participation active à cette étude et pour votre engagement auprès des étudiants

Aux comédiennes : Catherine DELISLE et Agnès MUZELLEC

Merci d'avoir contribué à la réalisation de ces travaux et d'avoir endossé à merveille le rôle de la patiente essoufflée.

Aux 13 internes ayant participé à l'étude

Merci d'avoir pris du temps pour aider à mettre en place ce projet.

A mes Maîtres de Stages : Dr Franck GOY, Dr Gaëtan THENARD, Dr Emeric POUPEL, Dr Paul GOULON, Dr Dominique DERO, Dr Thierry FRANCOIS, Dr Karen MICHAUT

Merci pour tout ce que vous avez pu m'apporter et m'apprendre, autant sur le plan médical qu'humain.

A ma famille, mes amis et mes collègues

Un grand merci à mes parents, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans ces longues études et quels que soient les aléas de la vie.

A mes grands-parents Michel et Colette, qui ont été plus que présents dès le début de mes études, m'ont aidée et permis de réussir ma première année et qui ont continué à être derrière moi par la suite.

A ma Mamie Réjane qui m'a fait rire durant ces années et qui m'a enseigné tant de choses en couture.

A mon grand-père Roland qui a été le premier à qui j'ai annoncé ma réussite à la première partie du concours de PACES, et qui, j'en suis sûre, est fier de moi aujourd'hui.

A ma sœur Margot, ma petite sœur chérie et talentueuse, terrible guerrière au 7 Wonders Duel.

A ma sœur Aubane, la meilleure des sages-femmes avec un humour douteux et de nombreuses défaites au Welcome To.

A Titi et Claudine, qui ont toujours été là pour moi.

A Chloé, la plus belle des Poupounes, qui a été là dans toutes les étapes de mes études, mais aussi de ma vie et qui a créé Juna, la plus belle des mini Poupounes.

A Camille, ma partenaire de travail et avocate de talent préférée, qui m'a permis de passer un à un les examens.

A Margaux, mon autre partenaire de travail, de séances de révisions intensives, et de créations artistiques, sans qui les révisions n'auraient pas eu le même aspect.

A Marie Eva, sans qui je n'aurais jamais eu ma première année si nous ne nous étions pas soutenues mutuellement.

A Manu, le mec le plus fou de la Terre qui m'a permis de décompresser durant ces études.

A Charlotte ma copine de toujours qui m'a toujours soutenue et qui apporte folie et fraîcheur à mon quotidien. Merci d'avoir pris le temps de corriger toutes mes fautes d'orthographe.

A Marie, ma super copine qui a toujours été là pour débriefer autour d'un verre au St Maclou.

A Camille, Elise, Elisa, qui ont toujours répondu présentes, dans les bons comme les mauvais moments.

A Médo, Léa, Vico, JB, Julien, Noémie, Camille, Johnson, et tous mes potes de fac.

A Pierre, qui m'a supportée et soutenue durant la rédaction de cette thèse.

A Julie, ma co-interne de choc, avec qui j'ai fait mes premiers pas dans le métier.

A tous mes co-internes, qui ont illuminé mon internat et sans qui l'hôpital aurait eu un goût bien fade.

A Charlotte, Karen et Natalie, mes collègues et amies, qui m'ont accompagnée dans mes premiers pas à l'hôpital. Merci pour votre bienveillance et votre soutien.

A tous les patients que j'ai pu rencontrer, qui m'ont appris et fait grandir, que ce soit en médecine ou humainement.

Et enfin à Henri, mon chat d'amour, qui m'a permis de supporter toutes ces heures devant mon ordinateur, à dormir, miauler et ronronner paisiblement près de moi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Sommaire

Contexte	19
La communication en médecine	19
La communication en médecine générale	20
Nécessité d'un enseignement et d'un apprentissage mixte à la communication	22
Les enseignements facultaires à la communication en santé en France	24
Création d'un nouveau format d'enseignement à la communication à Rouen	25
Définition de la Consultation Simulée avec Rétroaction (CoSiR)	27
Recherche action - Journée CoSiR	30
Bibliographie du contexte	32
Article	34
Résumé	34
Introduction	35
Méthode	37
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés	37
Population étudiée	37
Modalités de recueil	37
Analyse des données	37
Ethique	38
Résultats	39
Population de l'étude	39
Les internes étaient tous intéressés par la CoSiR avec des raisons multiples	40
La CoSiR était approuvée comme un bon outil pédagogique	43
Discussion	48
Conclusion	55
Bibliographie de l'article	56
Annexes	59
Annexe 1	59
Annexe 2	61
Annexe 3	62
Liste des abréviations	64
Liste des tableaux et figures	65
Résumé	66

I. Contexte

Ce document se présente sous la forme d'un article soumis à publication dans la revue Pédagogie Médicale et est précédé du contexte dans lequel il a été écrit.

« On ne peut pas ne pas communiquer »

Axiome de Paul Watzlawick, psychologue et sociologue américain.

La communication en médecine

Nous communiquons en permanence et entretenons des relations différentes en fonction des personnes avec lesquelles nous communiquons, dans un cadre amical, familial ou professionnel. Dans le cadre professionnel de la communication en santé, la relation médecin-patient est une forme particulière de relation entre deux individus qui a évolué au fil du temps (1). Autrefois paternaliste avec un médecin actif, autoritaire et un patient passif et obéissant, cette relation évolue vers un modèle plus collaboratif où le patient est acteur de sa propre santé (2). Depuis plusieurs années, la place du patient se transforme encore dans le champ de la santé, avec une perception de l'individu comme autonome et responsable, qui prend part à sa santé et échange à ce sujet avec son médecin (3). La communication prend aujourd'hui une place essentielle dans la prise en charge des patients, qui sont acteurs de leur santé. Ils doivent comprendre pour adhérer au processus de soin.

La communication est une compétence clinique de base dont la bonne maîtrise améliore la santé des patients (4). L'écoute et l'attention du médecin permettent un allègement des symptômes tels que la douleur, l'anxiété, la tension artérielle, la glycémie et permettent une meilleure compliance aux traitements (1,4,5). Cette compétence est définie comme un échange verbal, ou tout autre moyen, entre le médecin et le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de santé ou avec un public (6). Elle n'est pas seulement un outil de collecte et de transmission d'informations. C'est un moyen privilégié de comprendre la perspective du patient, de fusionner les deux agendas (médecin et patient) et créer un plan d'action commun (7). La communication est une compétence que le praticien se doit de maîtriser car il

communiquer et échanger en permanence avec son patient. Le médecin doit acquérir une sensibilité au contexte pour interpréter correctement le discours du patient et orienter au mieux son interrogatoire (2). De même, la façon d'apporter l'information aux patients peut déterminer le taux d'acceptation d'un diagnostic ou d'une recommandation. La plupart des procès pour faute professionnelle résulte d'un manque de communication et non d'un manque de compétences médicales (4).

Une bonne maîtrise de la communication est fondamentale pour la prise en charge des patients et un des piliers de la relation médecin-patient.

La communication en médecine générale

En médecine générale, la communication est essentielle et indissociable de la qualité des soins. Un médecin généraliste réalise environ 200 000 consultations au cours de sa carrière professionnelle et communique au cours de chacune d'entre elles (5,8). La relation de confiance est au centre de son activité, il doit maîtriser la compétence communicationnelle afin de prendre en charge au mieux ses patients. En 2010, suite à un consensus d'experts, le GNE (Groupe National d'Expert), composé de huit enseignants universitaires de médecine générale, a décrit six compétences génériques transversales recouvrant l'ensemble des missions des médecins généralistes (9). Ce consensus fait désormais partie du référentiel métier et compétences du médecin généraliste du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). Les six compétences génériques sont proposées sous la forme d'une marguerite de compétences et la compétence communicationnelle est le centre de celle-ci, comme l'illustre la figure numéro 1.

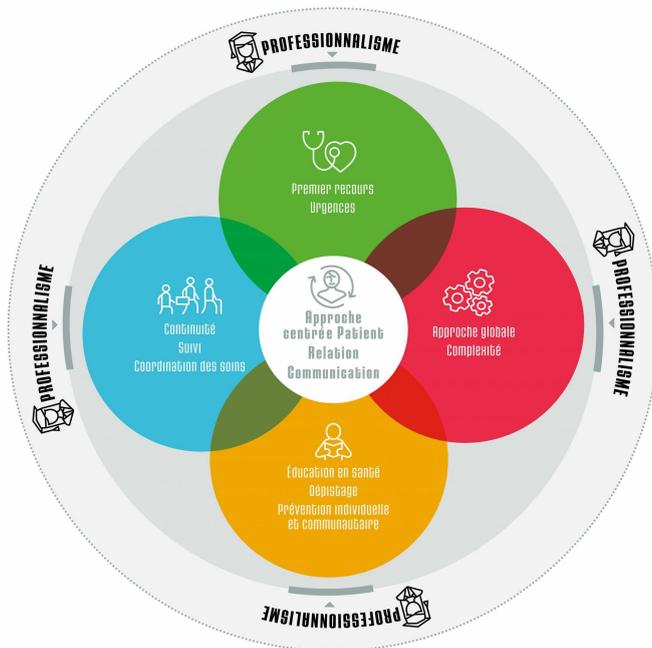


Figure 1 : Marguerite des compétences du CNGE. 2013

Cette compétence est nommée « Compétence relation, communication, approche centrée patient ». Elle est définie comme la « capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients ». (9)

Un médecin généraliste apprend à structurer sa consultation et organise le déroulement des échanges dans une structure logique et fluide, dans le respect des aspects affectifs et relationnels des échanges (6). Une consultation bien menée permet de développer le processus de raisonnement clinique, de planifier les examens complémentaires et de proposer des stratégies thérapeutiques. Les consultations sont aussi le moyen de fournir au patient des informations pertinentes et de renforcer le lien de confiance médecin-patient (1).

Nécessité d'un enseignement et d'un apprentissage mixte à la communication

Durant leurs études, les étudiants sont rarement observés dans leur pratique de la communication. Ils apprennent à présenter la prise en charge de leur patient sur le plan biomédical voire organique, non centrée sur leur patient et dans un ordre bien défini (antécédents, mode de vie, histoire de la maladie, ...). Ils cherchent ensuite à obtenir auprès des patients les informations dont ils ont besoin et selon l'ordre établi par le "dossier clinique" (10). Pour beaucoup, les étudiants apprennent la communication auprès de leurs pairs sur des bribes de consultations et agissent par mimétisme (1,10). La communication n'est pas au centre de leur formation et les étudiants apprennent par eux-même la communication avec le patient. Cela peut engendrer pour eux des situations difficiles, tant sur le plan relationnel avec le patient que psychologique pour eux. Dans une thèse réalisée en 2018 chez des internes de médecine générale de Toulouse, 94,2% avaient affirmé avoir déjà rencontré des difficultés de communication lors de leur parcours (11). Les internes interrogés étaient favorables à une formation à la communication pour leur future relation médecin-patient. Cette formation était surtout envisagée durant le 3^{ème} cycle. Les internes de première année étaient les plus favorables à cette formation (11).

Une étude réalisée à Rouen sur les étudiants en deuxième année concluait qu'un enseignement spécifique à la communication était susceptible d'améliorer les compétences des étudiants dans le domaine des échanges interpersonnels (12). La demande des internes de formation à la communication et l'importance de la communication dans la relation médecin patient montrent le réel besoin d'une formation complète à la communication. L'acquisition de cette compétence nécessite un apprentissage précis ainsi qu'une pratique encadrée et précoce dans la formation (13). La communication étant un des outils principaux des médecins, et particulièrement des médecins généralistes, elle doit être enseignée avec une rigueur identique au savoir et au savoir-faire (8), au même titre qu'un geste technique. De la même façon qu'un chirurgien doit pratiquer de nombreuses fois une technique opératoire pour la maîtriser, les compétences communicationnelles nécessitent un enseignement pratique et répété (7).

Les leçons magistrales de cours théoriques et les exercices sur table peuvent être des éléments de transmission des bases de communication, mais ne garantissent pas l'application de ces savoirs en situation réelle (1). Un apprentissage uniquement théorique de la communication ne peut suffire à acquérir une bonne compétence communicationnelle (13). De même, les habiletés communicationnelles ne s'améliorent pas sur la seule base de l'expérience (1). Une pluralité de l'enseignement, mixant théorie et pratique, assure un meilleur apprentissage de la communication. Au Québec en 2004, les résidents (équivalents des internes en France) recevaient une formation par SEM (Séminaire d'Entrevues Médicales) comportant des ateliers de simulation. Il a été montré qu'un apprentissage expérientiel en plus d'un apprentissage théorique permettait une amélioration significative de la compétence communicationnelle (14). Un enseignement progressif (théorique, puis pratique) à la communication, permet aux internes d'ingérer des concepts de communication, puis de les mettre en pratique via des ateliers (15).

Bernard Millette, Marie-Thérèse Lussier et Johanne Goudreau ont décrit en 2004 six éléments fondamentaux d'une stratégie efficace pour l'apprentissage de la communication professionnelle des médecins (1), comprenant :

- un référentiel basé sur des données scientifiques probantes
- une pratique répétée des habiletés de communication, avec une rétroaction immédiate et spécifique
- un cursus de formation cohérent et longitudinal
- un processus d'évaluation de l'enseignement
- des activités de "découverte de soi"
- des enseignants maîtrisant une bonne communication, comme "modèle de rôle".

En France, le temps alloué à l'apprentissage de la communication médecin-patient est souvent insuffisant (1) et lorsque celui-ci est abordé, la présentation par cours magistral a longtemps été privilégiée, plutôt que des approches interactives et expérientielles (6).

Les enseignements facultaires à la communication en santé en France

Des cours théoriques de communication sont proposés dans de nombreuses facultés. Des cours d'introduction à l'entretien motivationnel sont proposés aux internes de médecine générale, un séminaire obligatoire ayant pour thème "approche centrée-patient" ou des cours d'initiation à la communication en petit groupe (3).

Plusieurs facultés de médecine de France ont commencé à intégrer la partie pratique dans leur formation à la communication. Certaines facultés proposent régulièrement des formations pratiques : les internes de médecine générale reçoivent une formation théorique en début d'année, suivie d'une formation pratique en cours d'année par session de simulation (Paris Bobigny). Durant leurs trois années de formation, ces enseignements sont obligatoires et les objectifs pédagogiques progressent, au fur et à mesure de la formation. D'autres facultés proposent des ateliers simulations plusieurs fois par an, ces ateliers "simulations" portent sur plusieurs thématiques dont celle de la communication (Paris Diderot). Certains ateliers sont filmés (Créteil). Dans d'autres facultés, les internes de médecine générale participent à une séance de discussion de groupe au décours des ateliers simulations (Clermont Ferrand).

A la faculté de médecine de Rouen, des cours de communication sont mis en place pour les étudiants en DFGSM2 (2^{ème} année) et DFGSM3 (3^{ème} année) depuis une vingtaine d'années. Ces cours sont dispensés en petits groupes de 20 à 25 étudiants. Les DFGSM2 bénéficient de huit séances d'une heure trente avec une présentation des concepts clés de la communication et des jeux de rôles entre pairs. Les DFGSM3 bénéficient de six séances d'une heure trente avec deux thèmes principaux abordés : les annonces difficiles en médecine et les difficultés de « dire » (axé sur les rapports de sexe, le corps et l'intimité). Un atelier de quatre heures est également dispensé aux étudiants. Lors des années suivantes, en DFASM1 (4^{ème} année) et en DFASM3 (6^{ème} année), les cours de communication sont sous le format optionnel d'Unité Enseignement libre.

Pour les internes de médecine générale de Rouen, il est proposé des ateliers de communication avec présentation d'un cas clinique ayant une problématique communicationnelle, avec au décours une simulation du cas entre internes (un interne jouant le rôle du médecin et l'autre jouant le rôle du patient). La communication peut également être développée dans les traces et le portfolio des étudiants, dans l'objectif d'approche par compétences, ainsi que dans les Groupes d'Échanges de Pratiques (GEP). Elle peut aussi être travaillée lors du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) qui permet une supervision indirecte des internes et avec le développement de la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV). En 2017, la SODEV a été testée à Rouen durant le semestre d'été avec neuf internes et MSU (Maître de Stage des Universités). Elle était décrite comme performante pour l'acquisition des compétences de médecine générale, notamment pour la communication médecin-patient.

Création d'un nouveau format d'enseignement à la communication à Rouen

Les ateliers de communications proposés aux internes de médecine générale peuvent présenter quelques limites. Lors de l'atelier, les internes rapportent des cas cliniques leur ayant posé problème. Il est ensuite proposé aux internes de rejouer la consultation. Or, la problématique rapportée est souvent multiple (médicale, sociale et communicationnelle), et, il peut être difficile pour l'interne de ne prendre en compte que la composante communicationnelle de la consultation. La simulation se fait entre co-interne et le biais est alors important : crainte du jugement entre pairs, utilisation du vocabulaire médical et technique pour se faire facilement comprendre et réflexion sur la composante médicale du cas (16).

La SODEV, lors du protocole testé en 2017, était décrite comme performante pour l'acquisition des compétences de médecine générale, notamment pour la communication médecin-patient (17). Lors d'une thèse en 2012 sur la SODEV à Rouen, il était mis en avant que malgré une meilleure évaluation des compétences

communicationnelles de l'interne, la SODEV présentait quelques inconvénients. La durée de la rétroaction semblait être une contrainte pour les médecins généralistes déjà en manque de temps. La méconnaissance des techniques de supervision pouvait expliquer certaines difficultés de MSU lors de la rétroaction (18).

Au vu des recherches bibliographiques sur l'apprentissage de la communication décrites ci-dessus, il est réfléchi au sein du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Rouen un nouveau format d'enseignement à la communication pour les internes de médecine générale. L'objectif pédagogique de ce nouveau format d'enseignement est l'apprentissage précoce, progressif et évolutif de la compétence communicationnelle aux internes de médecine générale. Une formation précoce, dès le début de l'internat, répétée et progressive dans la difficulté permet à l'interne un meilleur apprentissage et une maîtrise optimale de la communication (19). Il est démontré que si les compétences communicationnelles peuvent être enseignées, elles peuvent aussi être oubliées (20), la répétition de la formation permet donc un meilleur apprentissage de la communication (1,21).

Ce format d'enseignement s'appuie sur différents outils pédagogiques qui ont des objectifs complémentaires dans l'apprentissage de la communication :

- la SODEV : permet une mise en situation authentique de l'interne supervisé par son maître de stage
- les jeux de rôle de communication entre internes : permettent un échange et partage entre pairs de situations communicationnelles complexes
- les ateliers thématiques : ateliers actuellement en réflexion, qui seraient centrés sur un thème de communication (ex : gestion des émotions, formes de communication : langage verbal, non verbal, paraverbal) qui apporteraient des outils théoriques aux internes pour l'amélioration de leur communication
- la CoSiR, qui fait l'objet de l'étude qui va être détaillée ensuite.

Définition de la Consultation Simulée avec Rétroaction (CoSiR)

La consultation simulée semble un bon outil d'apprentissage de la communication car elle permet aux internes d'expérimenter la communication de manière pratique et théorique. Dans une évaluation de 2005, après des consultations simulées (qu'ils aient été observateurs ou actifs dans la consultation), les étudiants ressentaient un sentiment d'apprentissage sur le savoir-faire, le savoir-être et sur la dynamique relationnelle (22). Dans une thèse de 2019, après un enseignement à la communication par patient simulé, les internes de Nice étaient satisfaits de l'enseignement et souhaitaient généraliser le dispositif en première année d'internat (23).

Les comédiens dans le rôle du patient apportent une composante émotionnelle à la consultation simulée. L'étudiant est plongé dans une consultation authentique avec un patient qui a l'air réel, communiquant avec lui, ressentant des émotions et lui renvoyant un langage verbal et non verbal qu'il devra interpréter. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative en termes d'empathie entre un patient réel et un patient simulé (22,24). L'étudiant peut ainsi acquérir des compétences de communication et de connaissance des comportements sans nuire au patient (22).

Le scénario doit être standardisé et uniquement centré sur une problématique de communication, en dehors de toute problématique médicale. Sanson-Fisher et Cockburn (1,25) suggèrent sept critères pertinents pour choisir les situations cliniques devant être proposées durant les apprentissages à la communication. Un de ces critères est l'importance de la communication centrale dans la problématique de la situation. L'habileté de communication doit être la composante principale de l'intervention. Le scénario doit également être une situation rencontrée couramment dans la pratique de la médecine générale. Un des pièges des ateliers de communication peut être le choix d'une situation extrême, plutôt que de se concentrer sur des problèmes usuels rencontrés en médecine générale (1).

L'accueil et la présentation du cas clinique avant de débiter l'expérience sont importants à mettre en place, afin de mettre en confiance l'interne et lui permettre de comprendre ce que l'on attend de lui (26).

La rétroaction est un moment essentiel de consultation simulée. L'expérience seule, sans rétroaction, entraîne rarement des changements de comportement (7). C'est un moment important pour l'étudiant qui va pouvoir exprimer son ressenti sur la consultation, échanger avec une tierce personne et le comédien sur le vécu de celle-ci. Il s'agit d'un temps primordial de partage et d'échange où l'étudiant peut extérioriser ses émotions (27), échanger sur d'autres situations de communication vécues comme difficiles et acquérir une meilleure connaissance du « soi »(1). Lors d'une thèse réalisée en 2017 à Grenoble, la rétroaction après consultation simulée était considérée comme essentielle pour les participants interrogés. Il a été mis en avant comme un temps primordial d'échange et de partage, permettant d'extérioriser ses émotions (27). La rétroaction permet aussi l'apprentissage de la communication par l'étudiant. Pour qu'elle soit le plus efficace et constructive possible, elle doit cibler des comportements observés et modifiables, mettre en évidence les éléments positifs autant que ceux à améliorer et comporter des suggestions concrètes et réalistes d'amélioration (1,12).

L'enseignant doit être formé à la communication, et doit avoir acquis des habiletés pour l'enseignement. Il doit être capable d'assurer une rétroaction spécifique sur les habiletés communicationnelles de chaque interne (1).

A travers ces recherches bibliographiques a été construit à Rouen cet enseignement qui a été nommé Consultation Simulée avec Rétroaction (CoSiR). L'objectif pédagogique de la CoSiR est de faire prendre conscience aux internes de l'importance de la communication et de mettre en évidence les différentes formes de communication (langage verbal, non verbal, paraverbal).

La CoSiR se déroule en 3 étapes :

1- Accueil et explications initiales :

La première partie comporte l'accueil de l'étudiant et les explications sur le déroulé de l'expérience (Annexe 1). Son consentement est recueilli à cette étape. (Annexe 2) L'interne a cinq minutes pour lire le scénario, pour se mettre dans le rôle du médecin généraliste en consultation avec une patiente.

2- Consultation simulée :

La consultation simulée se déroule avec une comédienne professionnelle, sur une dizaine de minutes. Elle est filmée. Un médecin formé, à l'expertise en communication, regarde la consultation dans une pièce adjacente. Pour le bon déroulé de l'expérience, deux comédiennes professionnelles effectuent à tour de rôle les consultations. Elles ont reçu le même scénario et les mêmes consignes sur les réactions à avoir en fonction des interventions des étudiants. Le scénario est axé sur une problématique de communication et a été construit en amont avec les enseignants du département de médecine générale, le médecin expert en communication et les comédiennes professionnelles. Le scénario de cette première CoSiR porte sur un patient en insuffisance cardiaque qui nécessite une hospitalisation mais la refuse. L'interne doit discuter avec le patient simulé des raisons de son refus et lui expliquer la nécessité d'une hospitalisation.

3- Rétroaction

La rétroaction se déroule en présence de l'interne, d'un expert en communication et de la comédienne ayant participé à la consultation simulée. La comédienne donne en premier son ressenti en tant que patiente sur le déroulé de la consultation. Puis l'enseignant expert en communication ajoute des remarques sur différents points qu'il a pu observer lors de la consultation.

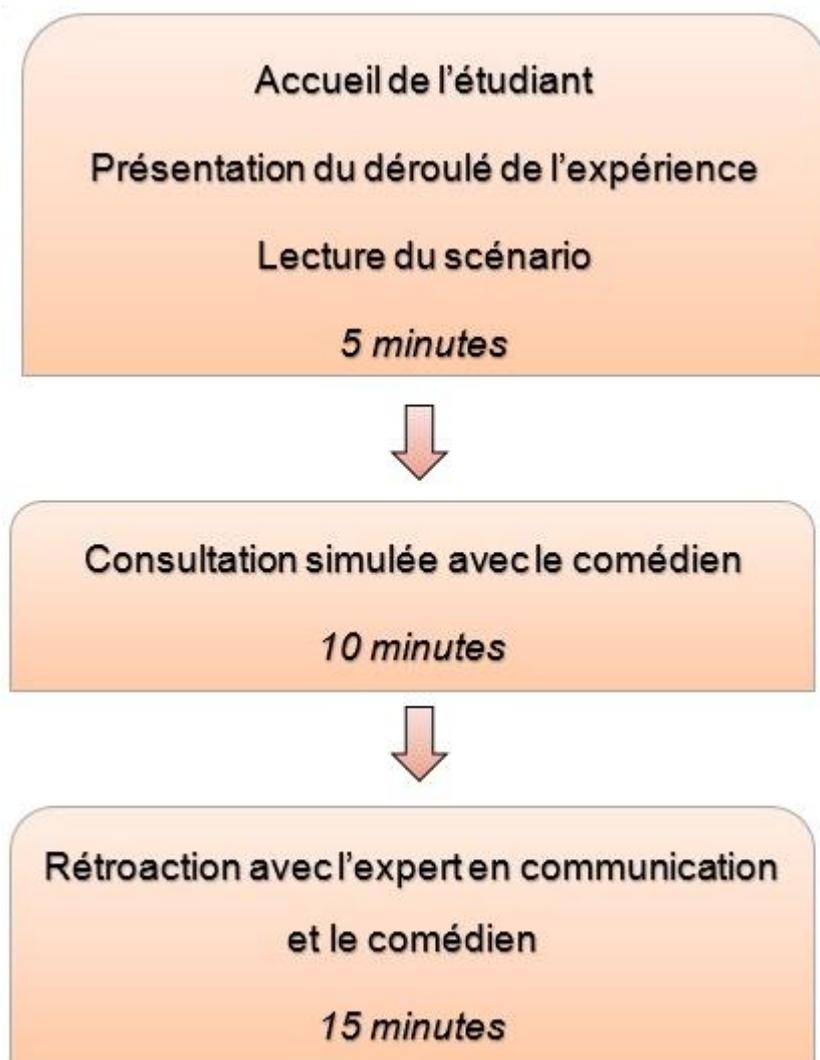


Figure 2 : Déroulé de la CoSiR

Recherche action - Journée CoSiR

La construction de la CoSiR s'appuie sur des arguments scientifiques issus de la littérature. Son format et contenu ont été réfléchis pour élaborer un outil d'apprentissage de la communication satisfaisant répondant aux objectifs, et réalisable dans son organisation à Rouen. C'est dans ce cadre qu'une recherche-action a été mise en place (28). La recherche-action permet aux praticiens, tout en restant en contact avec le terrain, d'apprendre à identifier les besoins et d'établir une démarche pour atteindre des objectifs de changement. Elle

représente un champ grandissant de la recherche éducative dont le but est de passer de l'étape de la réflexion organisée à la pratique de l'enseignement. Une des grandes richesses de la recherche-action est sa flexibilité : le praticien réfléchit sa propre méthodologie au fur et à mesure de la mise en place d'actions innovantes et opère un retour systématique vers des bases théoriques. La recherche-action conduit à élaborer et expérimenter des méthodes originales. Elle pousse à élaborer des propositions d'enseignement autour de thématiques particulières et à produire des documents pouvant constituer un apport pour l'enseignant, tant par rapport à la discipline qu'il enseigne que pour sa pratique pédagogique.

Il était intéressant de construire une recherche-action autour de la CoSiR et d'explorer l'avis des internes de médecine générale lors d'une journée d'expérimentation. L'objectif était de tester cet outil dans le but de l'implanter de façon pérenne à la faculté de médecine de Rouen. Une étude qualitative a été élaborée dont l'objectif principal était d'explorer le ressenti des internes expérimentant une formation à la communication par CoSiR. Les objectifs secondaires étaient de faire un état des lieux de la représentation de la communication chez les internes de médecine générale de Rouen.

L'étude CoSiR fait l'objet de l'article présenté secondairement.

Bibliographie du contexte

1. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2004;5(2):110-26.
2. Thomas P, Thomas JJM. Spécificité de la communication en médecine générale. *Rev Médicale Brux*. sept 2017;38(4):377-80.
3. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
4. TALBOT (M.), TALBOT (M.), HORNE (E.), INHABER (S.), al et. *La communication efficace... à votre service : bonnes pratiques préventives et la communication dans la relation de soin*. Ottawa: Santé canada; 2001.
5. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF, et al. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Médicale Brux*. déc 2012;33(6):525-30.
6. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.
7. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. ERPI. 2005.
8. Soudais B. *Enseignement à la communication en santé à l'UFR Santé de Rouen : bilan et perspectives [Mémoire]*. 2018.
9. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Vo U M E*. :8.
10. 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.
11. Larapédie C. *Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [Thèse d'exercice]*. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/>
12. Guigot M, Menard J-F, Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2e année. *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2002;3(1):8-13.
13. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563-70.
14. Maguire GP, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Med Educ*. mai 1977;11(3):175-82.
15. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. *Pédagogie Médicale*. 2019;20(2):101-6.
16. Amouriaux-Menou C. *Les apprentissages entre pairs: construction d'une identité plurielle [Internet] [Mémoire]*. Rennes 2; 2013 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/01/17/9508/Les-apprentissages-entre-pairs-construction-dune-identite-plurielle.html>
17. Chauvin B. *Expérimentation de la supervision vidéo au DMG de Rouen : cadre légal et pratique [Internet]*. 2018 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur:

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01704264>

18. Pailhe É. Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéo pour la formation des internes de médecine générale à la communication : enquête qualitative auprès de maîtres de stage [Internet]. 2012 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00663266>
19. Broder HL, Janal M, Mitnick DM, Rodriguez JY, Sisco L. Communication Skills in Dental Students: New Data Regarding Retention and Generalization of Training Effects. *J Dent Educ.* août 2015;79(8):940-8.
20. Engler CM, Saltzman GA, Walker ML, Wolf FM. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *J Med Educ.* juill 1981;56(7):572-9.
21. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Short and long terms effects of a training workshop on breaking bad news. *Pédagogie Médicale.* 1 août 2013;14:187-201.
22. Cuenot S, Cochand P, Lanares J, Feihl F, Bonvin R, Guex P, et al. L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie Médicale.* nov 2005;6(4):216-24.
23. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience [Internet] [Thèse d'exercice]. UFR de Médecine de Nice; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186216>
24. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Med Educ.* juill 1980;14(4):249-53.
25. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J Appl Basic Med Res.* août 2015;5(Suppl 1):S41-4.
26. HAS. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2012;
27. Breillad M, Chapel S. Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation [Thèse d'exercice]. UFR de Médecine de Grenoble; 2017.
28. Catroux M. Introduction à la recherche-action : modalités d'une démarche théorique centrée sur la pratique. *Rech Prat Pédagogiques En Lang Spéc Cah Apliut.* 15 mars 2002;(Vol. XXI N° 3):8-20.

II. Article

Apport de la consultation simulée avec rétroaction (CoSiR) dans l'apprentissage de la communication chez les internes de médecine générale de Rouen

Marine Lomenede, Blandine Billet, Lucille Pellerin

Résumé

Contexte : Une bonne communication professionnelle est essentielle en médecine générale. Elle améliore la santé et la relation médecin-patient. Une proposition de formation à la communication pendant l'internat s'élabore à Rouen : la CoSiR qui comprend une consultation filmée simulée entre un interne-médecin et un comédien professionnel-patient, et une rétroaction immédiate. L'objectif était de recueillir le vécu des internes participant à une CoSiR. Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés. Elle s'intègre dans le cadre d'une recherche action intitulée "journée CoSiR". L'échantillon a été constitué de manière raisonnée. Le consentement à participer et être filmé était recueilli. Les entretiens étaient anonymés, retranscrits, codés et analysés. Résultats : Treize entretiens ont été menés. La communication était décrite comme essentielle et d'une importance renforcée dans la qualité de la relation médecin-patient. Des outils de langage verbal, non verbal et paraverbal étaient utilisés instinctivement. Acquérir de l'expérience et se former précocement et régulièrement à la communication était jugé nécessaire. La satisfaction des internes pour la CoSiR était unanime. La rétroaction semblait être le moment clé pour découvrir les aspects de sa communication et améliorer ses habiletés. Discussion : La CoSiR est intéressante dans son format et

contenu. Elle permet de prendre conscience que la communication professionnelle n'est pas innée et constitue une compétence qui s'acquiert avec des formations et de l'expérience. Elle doit s'intégrer avec d'autres outils d'enseignement et se confronter aux réalités universitaires, logistiques et financières. Elle apporte par la rétroaction une meilleure connaissance de « soi » et permet de dépister des difficultés psychologiques.

Mots clés : communication, simulation, rétroaction, relation médecin-patient

Introduction

Nous communiquons en permanence. Lorsque nous communiquons, nous donnons à notre interlocuteur à la fois des informations verbales et non verbales. L'ensemble de notre corps sert à communiquer (1). La relation médecin-patient est une forme particulière de relation entre deux individus qui évolue au fil du temps et implique une communication professionnelle en santé (2). La communication a une place essentielle dans la prise en charge des patients puisqu'il est démontré que la santé de ces derniers est améliorée par une bonne communication (3). La communication est une compétence essentielle à acquérir et maîtriser en médecine. Elle a deux grandes fonctions : l'échange d'informations et le développement d'une relation (2). Depuis 2010, le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) a intégré la compétence communicationnelle au référentiel « métier et compétence du médecin généraliste » (4). Un médecin généraliste doit savoir structurer sa consultation : avoir une bonne capacité à organiser le déroulement des échanges dans une structure logique et fluide, dans le respect des aspects affectifs et relationnels des échanges (5). Une consultation optimale permet de développer le processus de raisonnement clinique, de planifier les examens complémentaires et de proposer des stratégies thérapeutiques (5). Les internes ont affirmé avoir déjà rencontré des difficultés de communication lors de leur parcours et sont favorables à une formation à la communication pour leur future relation médecin-patient (6). Il a déjà été montré que les compétences en communication peuvent être enseignées et apprises (7) et un enseignement progressif (théorique et pratique) à la communication permet aux internes d'acquérir des concepts de communication, puis de les mettre en pratique

via différents outils d'apprentissage (8). Certaines facultés proposent des ateliers simulations filmés avec discussion de groupe au décours (2). Il est réfléchi au sein du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Rouen un nouveau format d'enseignement à la communication pour les internes de médecine générale précoce, progressif et évolutif avec plusieurs outils aux objectifs pédagogiques complémentaires (SODEV, jeux de rôle de communication entre internes, ateliers thématiques et consultation simulée avec rétroaction (CoSiR)). La CoSiR a été élaborée à partir d'éléments pertinents retrouvés dans la littérature. Elle comporte une consultation simulée et filmée entre un interne-médecin et un comédien professionnel-patient, puis une rétroaction immédiate entre l'interne, le comédien et un enseignant formé en communication. Une explication brève mais importante est donnée avant la consultation simulée. Ce format de consultation simulée novateur nécessite avant son implantation l'adhésion des participants. L'objectif de l'étude était de recueillir le vécu des internes ayant participé à la CoSiR.

Méthode

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de première année de la faculté de Rouen. Elle s'est déroulée lors d'une journée de recherche action en février 2020 au cours de laquelle les internes inclus ont participé individuellement à une CoSiR. L'entretien semi-dirigé a été mené à l'issue de chaque CoSiR, après recueil du consentement, et a été enregistré et filmé. La représentation de la communication et le vécu de l'expérience étant très personnels, l'entretien semi-dirigé a permis une expression et des émotions libérées et a maintenu un anonymat complet.

Population étudiée

L'échantillonnage a été constitué de façon raisonnée. Des internes en premier semestre de médecine générale ont été recrutés pour obtenir un échantillon diversifié et harmonisé. L'inclusion des internes au début de l'internat se justifiait par la volonté qu'ils ne soient pas encore sensibilisés par les enseignements et outils d'apprentissages déjà disponibles.

Modalités de recueil

Des données socio-épidémiologiques ont été recueillies dans un tableau Excel[®] : le sexe, l'âge, la ville d'externat, les formations de communication antérieures à l'internat et le stage en cours. Les variables recueillies en amont ont permis de s'assurer de la diversité, de l'harmonisation de l'échantillon et d'explorer les points de vue les plus larges sur le thème étudié.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien, élaboré au préalable et évolutif au fur et à mesure des entretiens (Annexe 3). Ils étaient retranscrits mot à mot sur le logiciel Word[®] et anonymés.

Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une approche phénoménologique, qui permet d'explorer les expériences des participants et le sens qu'ils leur donnent, ainsi que les processus psychologiques sous-jacents (9). Le codage a été effectué

par le logiciel NVivo®. Les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu. Une fois le codage réalisé, les différents codes sont regroupés en catégories puis en grands thèmes. Un double codage a été effectué pour l'ensemble des entretiens, avec une triangulation des données sur une partie des données de manière à augmenter la validité interne.

Ethique

La déléguée à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen a été sollicitée afin d'effectuer une inscription au registre des activités de traitement de l'Université, et de vérifier que les démarches de protection des données étaient respectées : recueil du consentement, information des personnes, conservation et destruction des vidéos. Un formulaire de consentement pour l'expérience et le traitement des données a été signé par les internes de médecine générale (Annexe 2). Les données ont été anonymées lors de la retranscription. Les vidéos et enregistrements vocaux ont été effacés après la retranscription.

Résultats

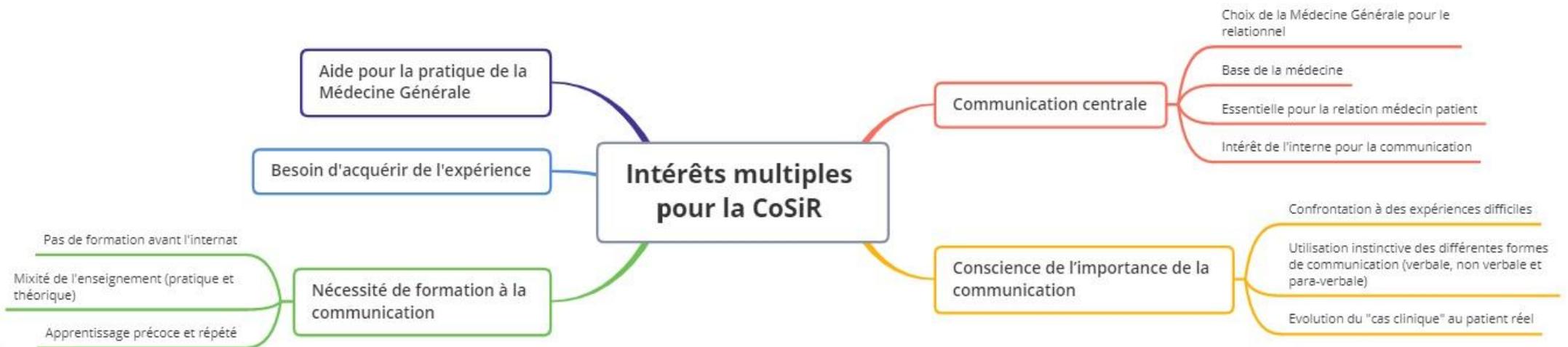
Population de l'étude

Treize internes de premier semestre de médecine générale à Rouen ont été interrogés. Les internes avaient 26 ans en moyenne. L'échantillon est présenté dans le tableau 1.

	Moyenne +/- écart type Effectif (%)
Âge	26,23 +/- 3,04
Sexe	
- Féminin	8 (61,54 %)
- Masculin	5 (38,46 %)
Stage	
- Urgences	9 (69,23 %)
- Médecine Générale	3 (23,08 %)
- Médecine Polyvalente	1 (7,69 %)
Ville d'externat	
- Rouen	6 (46,15 %)
- Hors Rouen	7 (53,85 %)
Formation	
- Aucune	4 (30,77 %)
- Théorique	1 (7,69 %)
- Pratique	4 (30,77 %)
- Théorique et pratique	4 (30,77 %)

Tableau 1 : Description de la population des internes de médecine générale

Les internes étaient tous intéressés par la CoSiR avec des raisons multiples



Carte 1 : Intérêts multiples pour la CoSiR

La communication était centrale pour les internes dans la relation médecin-patient et dans la prise en charge globale des patients.

Certains internes avaient fait le choix de la médecine générale pour le côté relationnel avec le patient et avaient un intérêt déjà présent pour la communication. La communication était décrite comme la base de la médecine générale, essentielle pour créer une relation stable et durable entre le médecin et son patient. *“c’est d’ailleurs pour ça que je veux faire de la médecine générale parce que je trouve que c’est là où il y a le plus..., le rapport humain qui est quand même essentiel.”* (E9). *“Déjà de base, je suis très intéressée dans tout ce qui est communication”* (E3). *“C’est super important de communiquer quoi, de communiquer c’est la clé du truc”* (E6). *“Il ne peut pas y avoir de bonne relation médecin-malade si on n’est pas bien formé au niveau communication”* (E3).

Les internes avaient conscience de l’importance de savoir bien communiquer.

Certains internes se détachaient spontanément du cadre théorique des études de médecine au début de l’internat et découvraient les différents aspects de la communication avec leurs patients en consultation. Ils pouvaient se rendre compte des difficultés de communiquer par le vécu de situations difficiles. Ils utilisaient de façon instinctive différentes formes de communication verbale, non verbale et para verbale. *“au début on arrive on a très envie de faire mode de vie/ antécédents/ traitement/ comme on a appris entre guillemets, mais il faut apprendre à se défaire de ça, justement à être plus dans une communication, une discussion avec le patient”* (E1). *“après des fois euh... selon leur réaction ou leur personnalité des fois je peux me sentir un peu impuissante, un peu dépassée, un peu pas trop à l’aise”* (E6). *“parfois je m’assois à côté d’eux ou sur leur lit”* (E8). *“je me suis fermée en fait, je me suis reculée, j’ai mis mes bras comme ça (bras croisés), j’ai croisé les jambes”* (E3). *“j’ai mis mes mains comme ça (croise ses mains), j’ai remis mes lunettes. Des signes de stress, tout bête”* (E3). *“j’essaie de simplifier mon langage [...] utiliser des mots plus simples”* (E1). *“au final avec les mots que j’ai utilisés j’ai senti que j’ai réussi à la rassurer un petit peu”* (E3). *“les faire répéter [les patients] et derrière*

savoir s'ils ont bien compris avec leurs mots.” (E5). “moi je laisse plutôt des blancs et je laisse place à la réflexion de la part du patient” (E6).

Un besoin de formation pratique à la communication dans le cadre de la formation à la médecine générale était rapporté.

Certains internes n'avaient pas reçu de formation en communication avant l'internat, d'autres n'avaient reçu qu'une formation théorique à la communication avant l'internat et auraient souhaité plus de pratique. Pour les internes, l'apprentissage de la communication devait arriver précocement dans la formation. *“Mais jamais on a eu de trucs pratiques, ou de cours même théoriques sur la communication.” (E2). “je trouve que du coup, dans les études avant c'est trop centré théorique [...] c'est très centré mécanique théorique et... pas assez relationnel ...” (E6). “c'est bien parce que, avant qu'on prenne de mauvaises habitudes, je trouve que c'est bien qu'on fasse un point à ce moment-là [3 mois après le début du semestre]” (E9)*

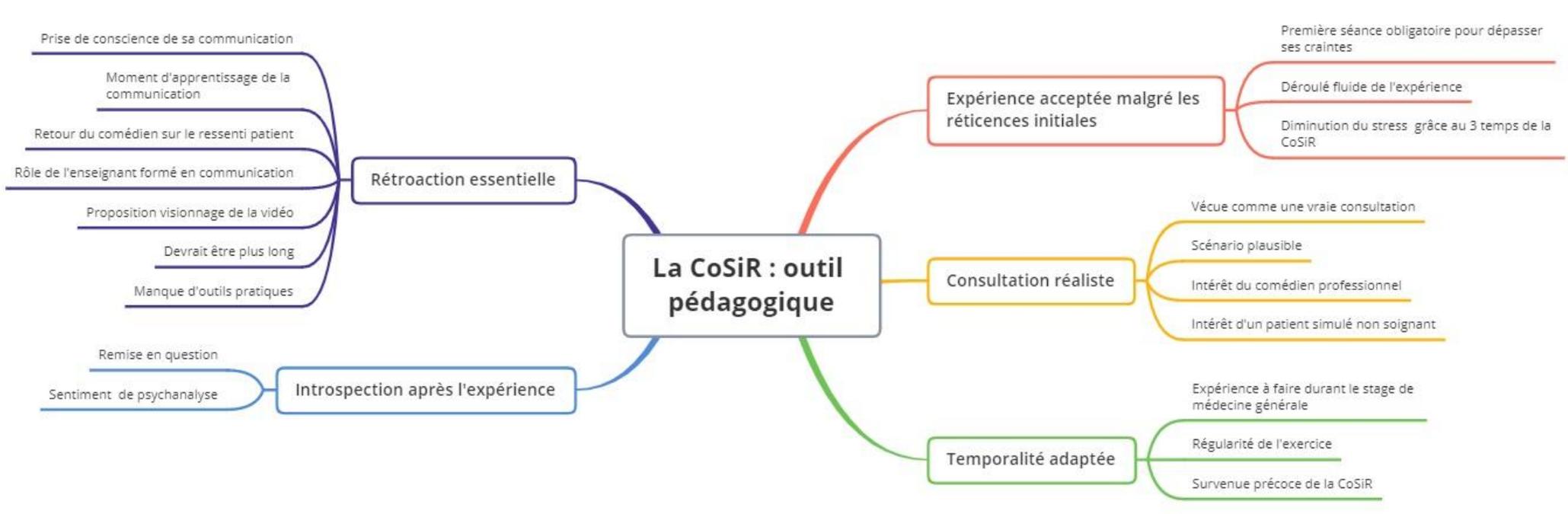
Acquérir de l'expérience en communication, dès le début de l'internat était un besoin important.

Il apparaissait nécessaire de pratiquer et de s'entraîner à la communication pour la maîtriser. *“Après la communication, je pense qu'il faut s'entraîner dès le début avec des situations...[...] Je pense aussi que c'est à force de s'entraîner [...] qu'on arrive à être plus à l'aise avec des patients.” (E5).*

L'expérience de la CoSiR apportait une aide pour la pratique future de la MG pour les internes.

“Bah, je sais que si j'ai la même situation qui se reproduit, je vais agir différemment.” (E5). “Mais je me suis dit bon ben je vais le mettre en application dans la vie professionnelle, c'est intéressant oui...” (E6).

La CoSiR était approuvée comme un bon outil pédagogique



Carte 2 : La CoSiR : outil pédagogique

L'expérience de la CoSiR était approuvée par les internes malgré les réticences initiales.

Le déroulement de la CoSiR en trois étapes (explications initiales, consultation simulée et rétroaction) apparaissait pertinent et fluide. Certains internes, initialement angoissés par le jeu de rôle, le vivaient finalement bien après la CoSiR. Ils validaient l'obligation de participer une première fois à l'expérience pour dépasser leurs craintes initiales et percevoir le bénéfice de cette formation. La construction en 3 temps distincts de la CoSiR mettait l'interne à l'aise et diminuait son stress. *“je me suis rendue compte que le faire [le jeu d'acteur] ce n'est pas forcément... c'est pas si dramatique que ça”* (E3). *“de se rendre compte que c'est pas si terrible que ça [le jeu d'acteur] et que c'était peut être pas la peine d'aller stresser en tremblant”* (E3). *“Là d'instinct, je pense que, effectivement, je pense que je suis pas sûr que je serais venu. Mais là l'avoir fait, je pense que si y'en a d'autres, moi je reviens”* (E2). *“Mais ça devrait être obligatoire au moins une fois. Ça, c'est sûr.”* (E7) *“Non, ça c'est bien le... Parce que je vois quand j'étais externe on nous balançait la feuille devant la porte et bim ! On s'élançait... On était un peu perdus, on ne préparait pas nos questions avant tout ça, que là on a bien le temps de lire avant... De se préparer à la situation.”* (E5).

Le moment de survenue de la CoSiR dans l'internat de médecine générale était adapté d'après les internes.

Se voir proposer la CoSiR durant le stage de médecine générale, plutôt que durant le stage aux urgences paraissait plus pertinent aux internes. La CoSiR devait être répétée dans leur formation pour être bénéfique selon eux et ils souhaitaient en bénéficier précocement dans le DES. *“j'aurais dit : peut-être le faire à un autre moment, pas forcément quand on est aux urgences”* (E2) *“je trouverais ça plus intéressant d'en faire régulièrement”* (E1). *“Non parce que là, je pense que c'est le moment [3 mois après le début du stage] où on devient un peu plus à l'aise dans le stage et du coup, mais il nous reste encore du temps et des choses à changer, c'est le moment de l'appliquer. Non, là je pense que c'est une bonne période”* (E8)

La consultation était décrite comme réaliste et immersive pour les internes.

La CoSiR était vécue comme une consultation de médecine générale authentique. Le scénario était décrit comme une consultation réaliste et probable de médecine générale. Les problématiques de la consultation permettaient de se centrer uniquement sur la compétence de communication. L'interne n'avait pas à apporter de connaissances médicales et se concentrait sur la communication avec le patient. Les internes appréciaient que le patient simulé soit un comédien professionnel. Le jeu d'acteur professionnel permettait une meilleure immersion d'une part. D'autre part, les internes appréciaient que le patient simulé soit une personne non soignante, permettant ainsi d'éviter les biais des consultations entre professionnels de santé. *"j'étais vraiment dans la consultation avec la patiente"* (E1). *"c'est quand même des discussions qu'on aura fréquemment avec les patients"* (E1). *"on savait ce qu'on devait faire donc c'était vraiment un travail de communication, on avait tout le scénario"* (E5). *"c'est mieux de mettre une comédienne parce que... parce que comment... déjà peut-être qu'elle est un peu naïve de tous les termes médicaux"* (E7)

La CoSiR permettait une introspection de certains internes à l'issue de l'expérience.

Certains internes se remettaient en question dans leur façon de communiquer avec le patient après la CoSiR et pouvaient avoir un sentiment de psychanalyse après la rétroaction. La CoSiR pouvait être un outil de dépistage du mal être, de certaines difficultés ou d'une prise de conscience de bonnes bases de communication. *"je me suis dit que j'allais y réfléchir chez moi en fait, ça permet de se remettre en question, de dire « ah oui, je vais plus faire comme ça, ou moins comme ça »"* (E6). *" Ah non, pas agressée, on m'a psychanalysée (rires) [...] J'ai l'impression de sortir de chez le psy. [...] Je sais pas, ça me perturbe un peu"* (E8)

La rétroaction était l'élément positif déterminant de la CoSiR.

La communication des internes lors de la consultation simulée était analysée avec un enseignant formé en communication lors de la rétroaction. Les remarques étaient vécues comme constructives confirmant leurs forces et faiblesses et permettant un apprentissage concret de la communication. Les internes prenaient conscience lors de la rétroaction de certains aspects de leur communication avec le patient. Le retour de l'expert en communication était apprécié et permettait d'avoir une analyse en direct de sa façon de communiquer. L'enseignant formé en communication permettait une discussion plus poussée sur les composantes de leur communication. Le retour du comédien était apprécié et permettait de mieux comprendre le ressenti du patient. Quelques remarques étaient apportées sur la rétroaction : une rétroaction plus longue était souhaitée, dans laquelle ils auraient pu visualiser la vidéo de leur consultation, et avoir plus d'outils ensuite pour travailler leur communication. *“Oui, j'ai eu des critiques très intéressantes sur ce que j'ai fait [...] C'était des critiques constructives quoi.”* (E2). *“Et du coup de savoir comment travailler dessus, et qu'on me confirme que c'est comme ci, comme ça, et que c'est pas forcément un défaut, mais que c'est pas forcément une qualité non plus”* (E3). *“justement j'ai compris qu'il faut tout de suite intégrer le patient dans la décision.”* (E9). *“C'est bien aussi, parce qu'on a leur retour, leur jugement, ce qu'ils ont ressenti et comme ils jouent le rôle du patient on peut se dire c'est ce que ressent le patient, le vrai patient.”* (E5). *“j'imaginai pas qu'elle [la comédienne] pouvait avoir aussi son avis sur comment je faisais les choses et peut-être que je ne prends pas assez conscience du fait que le patient me voit...(E10). il y a certaines phrases automatiques dont je ne me rends pas compte qui sont pas forcément adaptées”* (E10). *“Personne ne nous le dit quand on est avec les malades parce que finalement on n'est pas trop observés”* (E4). *“l'expert en communication, bah, il emploie des termes plus techniques entre guillemets et c'est important aussi d'avoir ces éléments-là”* (E4). *“il a essayé de me donner des pistes mais j'ai eu l'impression qu'il avait encore peut-être des choses à me dire [...] j'aurais peut-être aimé poursuivre un peu peut-être la discussion”* (E9). *“J'aurais aimé... c'est bizarre... mais qu'on voit la consultation pour pouvoir s'auto-analyser [...] ça fait plus écho quand on se voit le faire”* (E1). *“ j'ai pas d'outil,*

on m'a pas dit comment [...] on m'a pas dit pour éviter d'être comme ça, fais plus comme ci, fais plus comme ça" (E3)

Des résultats non verbaux apparaissaient lors des entretiens.

Des silences apparaissaient très fréquemment dans les suites des questions du guide d'entretien, avec une attitude qui pouvait être fermée. Des pleurs pouvaient survenir. Des rires gênés et un embarras pouvaient se manifester au moment de la rétroaction. Les internes cherchaient la possibilité de discuter de ce qu'ils venaient de vivre au-delà du cadre de l'exercice.

Discussion

A travers la CoSiR, les internes prennent conscience de l'importance de la communication et de son enseignement.

Les internes étaient conscients de l'importance de la communication dans la relation médecin patient et participer à une CoSiR renforçait leur conviction de l'importance d'une communication de qualité dans la relation médecin patient. Certains internes rapportaient découvrir la communication au début de leur internat avec une confrontation réelle avec les patients. D'autres décrivaient la communication comme naturelle, avec une mise en place intuitive de stratégies de communication. Ils décrivaient la communication comme inhérente à la pratique de la médecine générale et essentielle dans la relation médecin-patient. Le CNGE place d'ailleurs la relation médecin-patient et communication comme compétence centrale en médecine générale (4). Les internes rapportaient un besoin de formation en communication, qu'ils aient reçu ou non en amont des cours théoriques de communication. En 2018, une thèse avait évalué les attentes des internes de médecine générale sur la formation à la communication et ceux-ci y étaient favorables, en particulier durant le troisième cycle (6). En 2019, une thèse portant sur le retour d'expériences d'internes de médecine générale après un enseignement à la communication par simulation, montrait que l'ensemble des internes étaient satisfaits de cet enseignement et souhaitaient voir se généraliser le dispositif (10). L'enseignement à la communication est apprécié et souhaité par les internes. Il a été démontré que les compétences en communication peuvent être enseignées et apprises et qu'avec un enseignement approprié et régulier, ces compétences étaient acquises et conservées (7). En 2002, à Rouen une étude évaluant l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale des étudiants en médecine montre de manière significative que les étudiants ayant bénéficié de cet enseignement améliorent rapidement toutes les composantes de leurs aptitudes à communiquer (11). Les enseignements magistraux et les exercices sur table peuvent être des éléments concourant à la transmission des bases de communication mais ils ne garantissent pas l'application de ces savoirs en situation réelle (12), et un

apprentissage uniquement théorique de la communication ne peut suffire à acquérir une bonne compétence communicationnelle (7).

Les internes étaient intéressés et satisfaits par la CoSiR dans la forme et le fond.

La CoSiR était jugée comme un outil intéressant dans l'apprentissage de la communication : chacun des temps prédéfinis de la CoSiR était jugé utile et pertinent par les internes. L'accueil et la présentation du scénario permettaient aux internes de mieux appréhender le déroulement et l'intérêt de l'expérience. Ils comprenaient que l'expérience était centrée sur la communication uniquement. Ce temps d'explication diminuait aussi le stress généré par la participation active à un exercice. C'est ce que la HAS appelle le *briefing* dans son guide des bonnes pratiques en matière de simulation en santé, qui est décrit comme essentiel et permet aux internes de comprendre les attentes des évaluateurs (13). C'est un temps indispensable où l'interne peut se familiariser avec la situation proposée et les consignes. Ce "briefing" permet une diminution du stress des internes lors de l'apprentissage. Il est démontré qu'un niveau élevé de stress nuit à l'apprentissage (14). La construction de la CoSiR avec ce temps d'explications dédié renforce son utilité pédagogique. Par ailleurs, les enseignants doivent être conscients des causes de l'anxiété des internes pendant la simulation pour tenter de modérer celle-ci et d'améliorer l'apprentissage (14).

La consultation en elle-même était vécue comme réaliste, l'interne se plongeant dans la consultation comme dans une consultation réelle. Le réalisme de cette consultation était majoritairement obtenu par le jeu d'acteur du comédien professionnel. Les internes rapportaient avoir l'impression d'être face à un "vrai" patient et les réactions de celui-ci étaient perçues comme authentiques et réalistes. Une étude de Sanson-Fisher avait déjà mis en évidence des niveaux comparables d'empathies au cours de consultations avec un vrai patient en comparaison avec un patient simulé (15). Au cours de ces formations à la communication, l'aspect émotionnel est le plus important et le plus finement travaillé avec les acteurs (16). De par leur professionnalisme, les acteurs permettent de jouer une palette de réactions, décidée en amont avec les formateurs (16). Ce professionnalisme permet de créer

ce que l'on appelle des patients standardisés capables de jouer un rôle parfaitement similaire au décours de plusieurs consultations afin de pouvoir, par exemple, évaluer les internes dans un souci d'équité.

La participation des comédiens peut être difficile à concrétiser car ils doivent être formés à la simulation de patients, être rémunérés et inclus dans l'organisation logistique facultaire, ce qui explique que certaines facultés choisissent des consultations simulées avec un format différent. La simulation peut se faire entre co-internes mais a l'inconvénient d'entraîner une crainte du jugement entre pairs, une utilisation de vocabulaire médical peu réaliste, et une consultation peu immersive (17). Les compétences des patients experts pourraient être utilisées. L'expertise dans l'enseignement en santé de ces patients ayant vécu des maladies chroniques est de plus en plus utilisée et d'une efficacité démontrée dans la littérature (18). Les patients experts permettent aux étudiants de construire une posture professionnelle centrée sur les préférences des patients, avec leurs craintes, leurs doutes, leurs angoisses et de développer la compétence centrale d'approche centrée patient (19). Certaines facultés de médecine proposent des enseignements avec des patients experts qui partagent avec les internes le savoir expérientiel de leur vécu (20). La faculté de Bobigny propose par exemple des groupes d'enseignements à la pratique réflexive entre internes. Les internes y résolvent collectivement, accompagnés de patients experts des situations cliniques authentiques rapportées de leurs lieux de stage (21). Le rôle possible des patients experts dans l'apprentissage de la communication par consultation simulée reste cependant à explorer.

La rétroaction de la consultation simulée, menée en trinôme avec l'interne, l'enseignant en communication et le comédien, a un rôle essentiel dans l'apprentissage de la communication.

La rétroaction était décrite comme élément clé de la formation, où l'interne prenait conscience des composantes de sa communication. L'importance de la rétroaction avait déjà été retrouvée dans la littérature. Il s'agit d'un temps privilégié d'échange et de partage où l'interne peut extérioriser ses émotions (22). Il a été montré que

l'expérience seule, sans rétroaction, entraîne rarement des changements de comportement (23). La rétroaction permet l'apprentissage de la communication par l'étudiant, elle permet de porter un regard critique sur ce qui est fait et de corriger si besoin ses habiletés (12).

La satisfaction des internes était majorée par la présence d'un enseignement en communication. L'importance d'un formateur aguerri est retrouvée dans la littérature. Selon Shute (24), en 2008, la rétroaction est formative lorsqu'elle communique des informations susceptibles d'amener le récepteur à modifier sa pensée ou son comportement dans le but d'améliorer son apprentissage ou sa performance . Menée correctement, elle peut contribuer au développement de la perception positive des compétences de l'interne (24). La rétroaction joue un rôle affectif non négligeable. Un apprenant, quel qu'il soit, n'est jamais insensible à ce que l'on pense de son travail. C'est au formateur d'attacher une importance particulière aux termes et au ton de la rétroaction (25). Elle doit être menée avec bienveillance pour permettre l'apprentissage correct de l'interne. Il est important pour l'enseignant de posséder le référentiel, le vocabulaire ainsi que l'expertise pédagogique pour guider les échanges avec les internes (12). Un enseignant formé dans l'apprentissage de la communication permet une rétroaction constructive et bénéfique pour l'interne.

Le comédien avait un rôle spécifique dans la rétroaction en rapportant aux internes le ressenti du patient. Il permet aux internes d'avoir un retour sur le vécu du patient et sur la place que chacun a pu prendre dans la relation médecin malade lors de la consultation.

La CoSiR doit intervenir précocement dans le cursus de médecine générale et être réalisée de façon régulière mais se confronte aux réalités universitaires.

Les internes demandaient à renouveler l'expérience de la CoSiR afin de parfaire leur apprentissage. La régularité d'une formation pratique répétée incluant la rétroaction immédiate et spécifique permet un meilleur apprentissage et de meilleures acquisitions des compétences (12). Il a été mis en évidence une diminution des compétences de communication des étudiants en médecine après 3 années cliniques sans formation à la communication (7). Les acquis communicationnels des

premières années ne peuvent que s'amenuiser au fil du temps si elles ne sont pas ré-actualisées et renforcées au cours de la formation (26). La démonstration et la pratique répétées faciliteraient l'apprentissage de la communication et renforceraient la capacité à l'utiliser correctement (7,27). Les internes souhaitaient avoir ce type de formation dès le début de leur internat. Les étudiants en médecine présentent un intérêt plus important pour la communication en début de parcours (28). L'apprentissage de la communication est plus facilement appris chez des apprenants jeunes, n'ayant pas pris de mauvaises habitudes communicationnelles (28). Se voir proposer la CoSiR durant le stage de médecine générale semblait plus pertinent pour les internes. Les internes effectuant leur stage aux urgences durant l'expérience rapportaient l'incapacité d'y mettre en place les techniques et conseils fournis durant la journée de CoSiR. Une étude réalisée sur des étudiants de deuxième et troisième année de médecine avait également montré que les étudiants accordent une place plus importante à un enseignement portant sur la relation médecin-patient si celui-ci est intégré à un stage permettant une mise en application, et donc une contextualisation (29). L'apprentissage précoce et régulier de la CoSiR est cependant à confronter aux réalités universitaires, tant sur le plan logistique que financier et humain. Elle nécessite une réelle organisation en amont avec la présence d'acteurs et d'enseignants formés en communication.

La CoSiR est un outil de découverte de soi, et peut permettre un accompagnement et un dépistage de la santé mentale des internes.

Un sentiment de "psychanalyse" suite au débriefing était rapporté, et un des entretiens n'avait pu être poursuivi devant l'impact émotionnel qu'il avait généré. Les résultats non verbaux ou paraverbaux de l'étude soulignaient l'effet émotionnel provoqué par la participation à la CoSiR.

L'apprentissage de la communication comprend une part d'apprentissage de « connaissance de soi ». Cette « connaissance de soi » est essentielle et permet d'avoir conscience de ses propres valeurs, croyances et émotions qui influent sur son comportement pendant les entretiens (12). Il s'agit lors de la rétroaction de faire

prendre conscience à l'interne de ces facteurs afin d'éviter qu'ils n'interviennent de façon inappropriée dans la communication médecin-patient (1)

En 2006, une étude retrouvait des difficultés chez les internes, qui rapportaient ne pas se sentir préparés à aborder les problèmes psycho sociaux, émotionnels et spirituels de leurs patients (30). Dans une thèse de 2018, 94,2% des internes rapportaient avoir déjà rencontré dans leur parcours des difficultés de communication avec des patients (6). L'implication émotionnelle des internes lors des consultations simulées est réelle et peut les mettre en difficulté. L'apport d'un psychologue lors des consultations simulées avait déjà été rapporté lors d'une étude en 2014 sur des consultations d'annonce d'oncologie (31). La CoSiR, en plus d'une aide pédagogique, apparaît comme un outil d'aide au suivi et au dépistage de la santé mentale des internes. La littérature actuelle rapporte que les soignants, et en particulier les étudiants en santé, vont moralement mal. En 2016, 27% des étudiants en médecine présentaient des syndromes dépressifs (32). En 2019, 51% des internes présentaient un burn out (33). Les syndromes anxieux, les idées suicidaires, et les suicides sont également très importants, comparés à la population générale (34). En France, les syndicats d'étudiants en médecine ont réalisé une enquête en 2017 qui a inclus 21 768 réponses (4 255 en pré-clinique, 8 725 externes, 7 631 internes et 1 157 jeunes médecins) ; la prévalence du syndrome dépressif est estimée à 27,7 % et des idées suicidaires à 23,7 %. À titre de comparaison avec la population générale, le rapport de l'OMS de 2017 estime la prévalence de la dépression en 2015 à 4,4 % au niveau mondial et à 4,8 % pour la France (35).

Une hypothèse majeure mise en évidence par l'étude est que la CoSiR pourrait permettre un dépistage et un accompagnement de la santé mentale des internes. La CoSiR peut représenter un support dans l'aide à la santé des soignants, à condition de réfléchir à la place qu'elle pourrait occuper dans cet objectif et aux suites en termes d'accompagnement des internes. Au niveau de l'encadrement de la CoSiR, l'enjeu est de former les enseignants à encadrer les internes avec bienveillance. Il convient d'être formé au dépistage d'altération de la santé mentale dans ce cadre pédagogique et de savoir comment réagir face à un interne qui en présente des symptômes..

Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude étaient de tester un nouvel outil d'apprentissage construit sur des données bibliographiques solides, avec un format et contenu adapté. Il permet de faire avancer la réflexion autour de la formation en communication en santé, essentielle dans la relation médecin-patient. L'échantillon était par ailleurs diversifié.

La principale limite de l'étude est le biais de réponse des internes concernant leur vision de la communication. Les internes étaient interrogés après la consultation simulée où ils pouvaient déjà avoir eu une réflexion sur la communication au cours de celle-ci. La saturation des données n'a pu être recherchée car l'échantillon d'internes a été sélectionné en amont de la journée de recherche action, pour des raisons logistiques.

Conclusion

La CoSiR est un outil pédagogique révélateur pour les internes d'habiletés et de besoins en communication. Elle permet de prendre conscience que la communication professionnelle en santé, omniprésente et essentielle, n'est pas innée. La communication en santé constitue une compétence qui s'acquiert avec des formations et l'expérience. Si les facultés s'accordent à octroyer du temps universitaire pour l'apprentissage de la communication, les formats d'enseignements mis en place restent hétérogènes. La CoSiR paraît répondre à plusieurs critères constructifs: un apprentissage centré sur la communication ; une construction utile de l'outil en trois étapes, un encadrement formalisé avec des comédiens et des enseignants formés à la simulation et à la communication. Elle devrait être régulièrement répétée et associée à d'autres outils d'enseignements. Il serait intéressant de réfléchir à un enseignement progressif et évolutif de la communication et de définir les objectifs de chacun des supports pédagogiques proposés. L'utilité de la CoSiR comme outil de dépistage et de suivi de la santé mentale des internes apparaît comme un élément à explorer. Des études ultérieures permettront de mesurer l'effet de ces apprentissages sur l'évolution de la communication en santé des internes.

Bibliographie de l'article

1. Thomas P, Thomas JJM. Spécificité de la communication en médecine générale. Rev Médicale Brux. sept 2017;38(4):377-80.
2. Soudais B. Enseignement à la communication en santé à l'UFR Santé de Rouen : bilan et perspectives [Mémoire]. 2018.
3. TALBOT (M.), TALBOT (M.), HORNE (E.), INHABER (S.), al et. La communication efficace... à votre service : bonnes pratiques préventives et la communication dans la relation de soin. Ottawa: Santé canada; 2001.
4. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.
5. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. nov 2010;11(4):255-72.
6. Larapiedie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/>
7. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Med Teach. 1999;21(6):563-70.
8. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. Pédagogie Médicale. 2019;20(2):101-6.
9. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. Psychol Fr. 1 déc 2017;62(4):373-85.
10. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience [Internet] [Thèse d'exercice]. UFR de Médecine de Nice; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02186216>
11. Guigot M, Menard J-F, Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2e année. Pédagogie Médicale. 1 févr 2002;3(1):8-13.
12. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 1 mai 2004;5(2):110-26.
13. HAS. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. 2012;
14. Nielsen B, Harder N. Causes of Student Anxiety during Simulation: What the Literature Says. Clin Simul Nurs. 1 nov 2013;9(11):e507-12.
15. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. Med Educ. juill 1980;14(4):249-53.
16. Verborg S, Cartier I, Berton J, Granry J-C. Les simulations de consultation et la question des acteurs — patients simulés ou standardisés. Bull Académie Natl Médecine. 1 oct 2015;199(7):1165-72.
17. Amouriaux-Menou C. Les apprentissages entre pairs: construction d'une identité plurielle [Internet] [Mémoire]. Rennes 2; 2013 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com/01/17/9508/Les-apprentissages-entre-pairs-cons>

truction-dune-identite-plurielle.html

18. Paulo LP, Tourette-Turgis C. De l'accès à l'expérience des malades à la professionnalisation de leurs activités : reconnaître le care produit par les malades. *Sujet Dans Cite*. 30 déc 2014;N° 5(2):150-9.
19. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Des patients enseignants au sein de l'Université Paris 13 - PEP13 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/des-patients-enseignants-au-sein-de-l-universite-paris-13-pep13>
20. Aires MJ, Gagnayre R, Gross O, Khau C-A, Haghghi S, Mercier A, et al. The Patient Teacher in General Practice Training: Perspectives of Residents. *J Patient Exp*. 1 déc 2019;6(4):287-95.
21. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Rev Francaise Aff Soc*. 19 avr 2017;(1):61-78.
22. Breillad M, Chapel S. Annonce de diagnostic complexe : vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation [Thèse d'exercice]. UFR de Médecine de Grenoble; 2017.
23. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. ERPI. 2005.
24. Boucher C. La rétroaction : élément phare pour l'apprentissage de nos étudiants. *Pédagogie.uquebec* [Internet]. 2015 [cité 17 mai 2021];4(3). Disponible sur: <https://pedagogie.uquebec.ca/le-tableau/la-retroaction-element-phare-pour-lapprentissage-de-nos-etudiants>
25. Rodet J. La rétroaction, support d'apprentissage? :31.
26. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Short and long terms effects of a training workshop on breaking bad news. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2013;14:187-201.
27. 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.
28. de Bary L, Aubin I. Quelles sont les compétences acquises lors des enseignements à la communication pour les étudiants en santé ? *Revue systématique de la littérature. Exercer*. avr 2020;14.
29. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2004;5(3):159-66.
30. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A Controlled Trial of a Short Course to Improve Residents' Communication With Patients at the End of Life. *Acad Med*. nov 2006;81(11):1008-12.
31. Cartier I, Urban T, Hureaux J. Formation à l'annonce en oncologie par la simulation : Implications psychologiques et place du psychologue. *Psycho-Oncol*. 11 déc 2014;8:200-4.
32. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among

- Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
33. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 26 avr 2019;16(9):E1479.
 34. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8 déc 2015;314(22):2373-83.
 35. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017 [cité 19 juin 2021]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

Annexes

Annexe 1

CONSIGNES À L'ÉTUDIANT

Vous êtes médecin généraliste et vous revoyez Mme Michèle COLIN, 60 ans, à 48 h d'une poussée d'insuffisance cardiaque, secondairement à un excès de sel. Elle a en effet mangé des huîtres lors d'une fête chez sa fille le week-end dernier.

La patiente présentait un tableau de dyspnée et d'œdèmes des membres inférieurs jusqu'aux genoux.

Vous connaissez bien cette patiente, divorcée, qui a un compagnon mais ne vit pas avec lui, et qui a 3 filles.

Elle est insuffisante cardiaque sur une cardiopathie ischémique stabilisée depuis 2015. Elle a fait 3 poussées d'insuffisance cardiaque cette dernière année traitées par diurétiques à domicile.

Elle est habituellement sous Ramipril 5 mg, Bisoprolol 5 mg et Lasilix 20 mg par jour.

Vous la recevez donc pour réévaluation de sa poussée d'insuffisance cardiaque à 48h.

Vous lui aviez prescrit une biologie et du LASILIX 60 mg par jour sur les 2 derniers jours.

Vous examinez directement la patiente ce jour la sentant essoufflée :

FC 110/min, TA 160/100, Sat = 92 % AA

Oedèmes des membres inférieurs jusqu'aux cuisses

Prise d'1 kilo depuis 48h

Vous avez récupéré la biologie faite hier :

NtproBNP = 9700

Na = 134 mmol/L

K = 3,2 mmol/L

NFS, CRP, créatininémie et DFG normaux

VOUS PENSEZ QU'IL FAUT L'HOSPITALISER

Vous avez environ 10 min
pour poursuivre la consultation
et discuter avec elle d'une hospitalisation

Annexe 2

Fiche de consentement

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer activement à un projet de recherche dans le cadre du département universitaire de médecine générale de Rouen (DUMG), autour de la compétence communicationnelle.

Les deux objectifs de ce projet sont :

- De développer de nouveaux outils pédagogiques centrés sur la communication
- De rechercher une grille d'observation pertinente pour aider à l'amélioration de la compétence communicationnelle

L'équipe qui va vous recevoir est formée de médecins généralistes, de médecins experts en communication et de comédiens, et va vous proposer de participer à une consultation simulée et de la filmer. Une supervision sera ensuite effectuée avec l'équipe, pour échanger sur l'apprentissage et le perfectionnement des compétences en communication.

L'utilisation de votre image est strictement encadrée. Cet enregistrement vidéo servira à travailler sur l'évaluation et l'observation de la communication, dans l'objectif de choisir une grille pertinente et reproductible d'évaluation de la communication. Cette vidéo ne sera visualisée que par les médecins du DUMG travaillant sur le projet, ainsi que par un interne de médecine générale qui effectue sa thèse sur le sujet. Les vidéos seront ensuite effacées.

Vous pouvez refuser d'être filmé(e), sans préjudice sur le débriefing ultérieur.

Si à un moment de la consultation, vous souhaitez interrompre l'enregistrement vidéo, vous pouvez le signaler à l'équipe qui aura alors l'obligation de couper la caméra.

Lucille Pellerin et Blandine Billet

Médecins généralistes et cadres du département de médecine générale

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance
des informations ci-dessus et expliquées par et donne mon
accord pour la participation à ce projet et l'utilisation de la caméra pendant la consultation.

Fait le 13/02/2020 à Rouen

Mentions Informatique et Libertés :

Les informations et enregistrements recueillis sont destinés à la recherche en médecine générale au DUMG.

Les destinataire(s) des données sont : Le DUMG et l'interne de médecine générale travaillant sur le projet

La durée de conservation des données est limitée à 2 ans

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : secretariat.medecine-generale@univ-rouen.fr, copie au Correspondant Informatique et Libertés de l'université, cil@univ-rouen.fr

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Annexe 3

Guide d'entretien

Question de recherche : quel est l'intérêt d'une consultation simulée avec un comédien suivi d'un debriefing avec un expert de communication dans l'apprentissage de la communication : ressenti, faisabilité, impact, organisation

« Je ne t'appellerai pas par ton nom tout au long de l'interview. Je suis là pour écouter et comprendre, tu peux exprimer tout ce que tu souhaites. »

Questions :

Brise-glace : Alors est-ce que tu as déjà vécu ce scénario ?

Est-ce que ça te rappelle des souvenirs ?

1- *Avant de venir, c'était quoi pour toi la communication en médecine générale ?*

Quand on parle de relation médecin malade, qu'est-ce que cela t'évoque ?

2- *Et maintenant, est-ce que ta vision de la communication en médecine générale aujourd'hui a évolué et en quoi ?*

3- *Comment tu te sens toi en communication ? Dans la compétence communicationnelle ?*

Pour progresser dans cette compétence communicationnelle, nous t'avons proposé un nouvel outil qui est cette consultation simulée avec un debriefing

4- *Qu'en as-tu pensé ?*

Relance : consultation simulée avec le comédien ? Jeux de théâtre ? Le fait que ce soit un comédien professionnel ?

Relance : debriefing en lui-même ? Qu'est-ce que ça t'a apporté ? Le fait que ce soit un expert en communication ?

5- *Parlons un peu organisation, est-ce que ce type d'apprentissage te paraît adapté à ce stade de ton cursus ? Bon moment ?*

Pourquoi ?

6- *Est-ce que tu aurais des choses à ajouter en positif ou négatif vis-à-vis de cet outil ?*

Recueil des caractéristiques des étudiants :

- Âge
- Sexe
- Fac d'origine
- Promotion année :
- Stage actuel : quel stage et où ?
- Formation antérieure en communication
Si oui laquelle ?

Liste des abréviations

CoSiR : Consultation Simulée avec Rétroaction

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etude Supérieure

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Science Médicale

DPO : Délégué à la Protection des Données

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

GEP : Groupe d'échange de Pratique

GNE : Groupe National d'Expert

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maître de Stage de Universités

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SEM : Séminaire d'Entrevues Médicales

SODEV : Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : La marguerite des compétences

Figure 2 : Le Déroulé de la CoSiR

Tableau 1 : Description de la population des internes de Médecine Générale

Carte 1 : Intérêts multiples pour la CoSiR

Carte 2 : La CoSiR : outil pédagogique

Résumé

LOMENEDE Marine

APPORT DE LA CONSULTATION SIMULÉE AVEC RÉTROACTION (CoSiR) DANS L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse Med, Rouen, 2020, 63p

Contexte : Une bonne communication professionnelle est essentielle en médecine générale. Elle améliore la santé et la relation médecin-patient. Une proposition de formation à la communication pendant l'internat s'élabore à Rouen : la CoSiR qui comprend une consultation filmée simulée entre un interne-médecin et un comédien professionnel-patient, et une rétroaction immédiate. L'objectif était de recueillir le vécu des internes participant à une CoSiR.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés. Elle s'intègre dans le cadre d'une recherche action intitulée "journée CoSiR". L'échantillon a été constitué de manière raisonnée. Le consentement à participer et être filmé était recueilli. Les entretiens étaient anonymés, retranscrits, codés et analysés.

Résultats : Treize entretiens ont été menés. La communication était décrite comme essentielle et d'une importance renforcée dans la qualité de la relation médecin-patient. Des outils de langage verbal, non verbal et paraverbal étaient utilisés instinctivement. Acquérir de l'expérience et se former précocement et régulièrement à la communication était jugé nécessaire. La satisfaction des internes pour la CoSiR était unanime. La rétroaction semblait être le moment clé pour découvrir les aspects de sa communication et améliorer ses habiletés.

Discussion : La CoSiR est intéressante dans son format et contenu. Elle permet de prendre conscience que la communication professionnelle n'est pas innée et constitue une compétence qui s'acquiert avec des formations et de l'expérience. Elle doit s'intégrer avec d'autres outils d'enseignement et se confronter aux réalités universitaires, logistiques et financières. Elle apporte par la rétroaction une meilleure connaissance de «soi » et permet de dépister des difficultés psychologiques.

Mots clés : communication, simulation, rétroaction, relation médecin-patient