



HAL
open science

Communication en consultation de pédiatrie : réalisation de vidéos pédagogiques destinées aux internes

Bayane Khalili

► To cite this version:

Bayane Khalili. Communication en consultation de pédiatrie : réalisation de vidéos pédagogiques destinées aux internes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03545403

HAL Id: dumas-03545403

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03545403>

Submitted on 27 Jan 2022

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

KHALILI Bayane

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2021

COMMUNICATION EN CONSULTATION DE PEDIATRIE :
REALISATION DE VIDEOS PEDAGOGIQUES DESTINEES AUX INTERNES

Présidente du jury :

Madame SARRET Catherine, Professeure, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Directeur de thèse :

Monsieur MERLIN Etienne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BAZIN Jean-Etienne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Madame CARDENOUX Charlotte, Pédiatre, Centre Médical Infantile de Romagnat

Monsieur CARON Nicolas, Pédiatre, Hospices civils de Lyon



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

KHALILI Bayane

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2021

COMMUNICATION EN CONSULTATION DE PEDIATRIE :
REALISATION DE VIDEOS PEDAGOGIQUES DESTINEES AUX INTERNES

Présidente du jury :

Madame SARRET Catherine, Professeure, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Directeur de thèse :

Monsieur MERLIN Etienne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BAZIN Jean-Etienne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Madame CARDENOUX Charlotte, Pédiatre, Centre Médical Infantile de Romagnat

Monsieur CARON Nicolas, Pédiatre, Hospices civils de Lyon



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

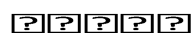
PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **FOGLI** Anne
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie

M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie – Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
M.	GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M.	LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M.	MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----	-------------------------	-------------------

2ème CLASSE

Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
-----	-------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	PIZON Frank	Santé Publique
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre
Mme ESCHALIER Bénédicte
Mme RICHARD Amélie
M. TESSIERES Frédéric
Mme ROUGE Laure

Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale
Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au directeur de thèse, Pr Etienne Merlin, pour m'avoir fait confiance tout au long de ce projet fou malgré mes doutes, et pour avoir accepté de diriger ce travail.

A la présidente du jury, Pr Catherine SARRET, pour ton enseignement et tes conseils tout au long de mon internat. Merci d'avoir accepté ce rôle de maîtresse de cérémonie.

Au Pr Jean-Etienne BAZIN, pour nous enrichir de votre expérience et de votre analyse à travers ce jury.

A la Dr Charlotte CARDENOUX, pour ton accueil et ta bienveillance, pour m'avoir ouvert les portes du monde du handicap, tu es un modèle. Merci de siéger à ce jury : « la boucle est bouclée ! ».

Au Dr Nicolas CARON, pour m'avoir enseigné la rigueur et l'esprit critique, pour la richesse et la diversité de nos échanges. Pour ta bonne humeur, tous les fous rires mais aussi pour ton soutien, l'estime et la confiance que tu accordes à « tes » internes. Tu es un mentor comme il y en a peu, merci.

A Marin et Gaspard, pour avoir accepté de mettre votre énergie et votre talent au service des enfants.

A Philippe et Juliette, pour votre enthousiasme, la poésie que vous apportez à l'hôpital et votre implication dans ce travail. Merci de m'avoir fait confiance.

A Fanny, pour m'avoir partagé ton savoir et accepté de le faire rayonner à travers ces vidéos.

Au Pôle Pédiatrique les Petits Soins et au CAMSP 63, pour avoir accepté d'accueillir l'équipe de tournage dans vos locaux ; à **Pierre-Marie De Clavières**, pour tes conseils et ta relecture.

A ma maman, pour ta positivité et ta sérénité à toute épreuve, tu as toujours confiance et tu sais trouver les mots justes dans les bons moments comme les mauvais. J'admire la femme que tu es et je chéris la maturité que prend notre relation avec les années. Je t'aime.

A mon père, pour ton sens de l'intégrité et de la rigueur, pour les valeurs que tu m'as transmises et que j'emporte malgré la distance. Les kilomètres n'effacent pas l'amour, j'espère te rendre fier.

A Ludo, hayati, pour ce quotidien que tu sais rendre merveilleux, pour ne voir aucune limite à nos capacités, tu es le moteur, le socle et le cocon. A ces prochains mois intenses, à cette famille que l'on crée et cette vie palpitante qui nous attend ! Je suis fier de partager ta vie. Tu sais mon amour.

A ma famille, en Palestine ou en France, vous m'avez élevée et accompagnée, merci d'être là. Dédicace spéciale à mes parents adoptifs pour les galères et tous ces déménagements, ça y est c'est la fin !

A Claire, en 4 ans tu as pris une place importante dans ma vie, merci d'avoir été mon phare et bien plus pendant cet internat. Merci aussi à **Alan, Jean et Anna**, à toute la famille **Poughon** et **Bardon**, pour votre générosité sans limites, vous êtes ma famille d'adoption en Auvergne.

A Inès, nous avons grandi ensemble et, de La Marsa à Marseille, tu n'es jamais très loin dans les grandes étapes de nos vies. Pour notre amitié précieuse qui résiste au temps, merci.

A Loïc et Adrien, pour avoir rendu ces années d'externat inoubliables et avoir mûri ensemble.

A Julie, Camille et Morgane, pour notre amitié et votre affection qui me porte, à nos futures années !

A l'incroyable équipe des urgences ped, au Stock, à la Dream Team, à Perrine, Julie et Jennifer, et à tous ceux qui ont partagé des épisodes de ce parcours, les meilleurs comme les plus durs, merci.

Aux équipes du **CMI**, pour les expériences vécues ensemble et votre bienveillance qui ont forgé une part importante de la pédiatre que je suis. Vous gardez une place particulière dans mon cœur.

« Savoir communiquer, rassurer et expliquer en conjuguant confiance et honnêteté, c'est prescrire avec effet placebo et humanité »(1)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
OBJECTIFS.....	17
Objectif principal : support pédagogique	17
Objectifs secondaires : enquêtes préliminaires.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	18
Enquêtes préliminaires.....	18
Support pédagogique.....	20
RESULTATS	23
Enquêtes préliminaires.....	23
Support pédagogique.....	28
DISCUSSION.....	31
Enquêtes préliminaires.....	31
Support pédagogique.....	35
CONCLUSION.....	38
REFERENCES.....	39
ANNEXE 1 : Extrait des objectifs de l'UE 1 (programme ECN).....	42
ANNEXE 2 : Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé.....	43
ANNEXE 3 : Questionnaire Examineur.....	44
ANNEXE 4 : Questionnaire Accompagnateur	46
ANNEXE 5 : Trame d'entretien enfant / clown	48
ANNEXE 6 : Story-board	49
ANNEXE 7 : « Le Petitoscope », visuel de la page d'accueil.....	50
SERMENT D'HIPPOCRATE (Version longue).....	51
SERMENT D'HIPPOCRATE (Version courte)	52

LISTE DES ABREVIATIONS

UE	Unité d'enseignement
ECN	Examen National Classant
DES	Diplôme d'Etude Supérieure
SIFEM	Société Internationale Francophone des Etudes Médicales
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
SAUP	Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques
PGM	Pédiatrie Générale Multidisciplinaire
HDJ	Hôpital de Jour
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
IDE	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
AP	Auxiliaire de Puériculture

INTRODUCTION

La médecine se définit comme une science qui a pour objet l'étude, le traitement et la prévention des maladies. Elle est aussi un art : celui de mettre, maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé(2). Cet art s'exerçant au travers d'échanges entre êtres humains, deux dimensions sont essentielles et interdépendantes : la dimension technique et la dimension relationnelle. Toutes deux sont nécessaires à une relation médecin-patient de qualité et une bonne alliance thérapeutique au service du soin.

Pourtant, elles n'occupent pas la même place au sein de l'enseignement dans le cursus médical. Les compétences techniques (savoir et savoir-faire) sont abordées au travers d'UE aux objectifs précis intégrés au programme de l'ECN et via des mises en pratique en stages tout au long du cursus. Les compétences relationnelles et comportementales (pouvant s'apparenter aux « *soft skills* » du monde du management et de la gestion) sont peu abordées et leur enseignement est très hétérogène selon les facultés. Or on peut considérer que ces compétences relationnelles ne relèvent pas seulement de l'art, mais aussi de la science et mériteraient d'occuper une place plus importante dans les programmes. Actuellement, on retrouve des cours de sciences humaines et sociales en première année dans certaines facultés. Le programme de l'ECN consacre, lui, 1 item sur 362 à la relation médecin-malade, intégré à l'UE 1 « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle » **[Annexe 1]**. Ces thèmes sont traités essentiellement dans le cadre de situations très spécifiques comme l'annonce de maladie grave. Certaines facultés proposent des enseignements (parfois facultatifs) sous forme de jeux de rôle, mais cette modalité d'enseignement n'est pas la règle.

En 3^{ème} cycle, le cursus de médecine générale intègre obligatoirement une formation à la communication, mais cette approche n'est pas harmonisée à l'ensemble des DES. Le plus

souvent, cet aspect de la formation relève du compagnonnage entre pairs en stage et reste donc aléatoire et basée sur une compétence acquise « sur le terrain ».

Il est aisé de penser que la communication est innée et dépendante uniquement du tempérament de chacun. Pourtant, elle peut et doit être enseignée (3). La SIFEM rappelle dans son rapport de 2007 les étapes nécessaires à cet enseignement (4). Il s'agit :

« 1) De recours à un référentiel concernant cette communication, qui soit solide et basé sur les données probantes;

2) De la pratique répétée des habiletés de communication associée à une rétroaction, descriptive, spécifique et immédiate ;

3) D'un cursus à la communication médecin-patient intégré tout au long des études médicales ;

4) De l'évaluation formative et sommative de l'acquisition des habiletés de communication, à la fois en cours de formation et comme critère de promotion ou de certification de fins d'études ;

5) Des activités de réflexion et de connaissance de soi, permettant de reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin-patient ;

6) Des cliniciens-enseignants qui soient des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate, ce qui nécessite des programmes de formation des formateurs. »

Les difficultés de mise en pratique d'un tel enseignement peuvent en partie s'expliquer par l'absence de collaboration avec des professionnels de la communication et de la neuropsychologie pédiatrique dans l'élaboration des cours dispensés et dans la pratique clinique quotidienne.

En pédiatrie, ces compétences relationnelles sont d'autant plus importantes à acquérir que la relation de soin implique une triade aux codes de communication différents : ceux avec le parent et ceux avec l'enfant. Or, le relationnel du médecin aussi bien avec l'enfant qu'avec ses parents joue un rôle essentiel dans la perception qu'a l'enfant du médecin, du soin et du lieu de consultation. En effet la relation du médecin avec le parent influence celle qu'il a avec l'enfant et inversement (5). Par ailleurs, la multiplication des acteurs dans cette relation de soin augmente les risques de conflits et de malentendus. De solides compétences en communication (techniques de communication non violente par ex.) et en résolution de conflit seraient donc utiles, mais ne sont pas enseignées (6,7).

Par ailleurs, la majeure partie de la formation en pédiatrie se déroule à l'hôpital. Or c'est un lieu où, souvent, parents et enfants sont en situation de stress et de vulnérabilité émotionnelle ; autant d'éléments à prendre en compte et qui peuvent compliquer le relationnel avec le médecin. Enfin l'enfant, dans cette relation de soin, est un être en développement aux besoins spécifiques très différents en fonction de son âge et de son développement psychomoteur et psycho-affectif (8–10). Il est d'ailleurs spécifié dans la charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé **[Annexe 2]** que « L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille ».

Considérons qu'un individu est le fruit de son vécu, de son origine socio-culturelle, de sa personnalité, de ses émotions mais aussi de son état psychique du moment et de celui de son entourage(1,7). Ces éléments doivent alors être pris en compte pour chaque acteur de la relation : le médecin, les parents et l'enfant. En pédiatrie, le médecin doit aussi s'attacher à mettre en perspective ces éléments selon le stade de développement de l'enfant pour être le plus ajusté possible dans son approche(8).

Mon expérience, à travers ces dix années d'étude, m'apporte différents éléments de réflexion. Tout d'abord, cet ajustement de posture aux capacités perceptives et cognitives de l'enfant est, de fait, d'avantage intégrée aux pratiques des professionnels coutumiers des situations de handicap. Lorsque ces situations sont occasionnelles, le manque d'aisance parfois constaté lorsque la communication verbale est impossible met en évidence la nécessité de développer d'autres compétences en communication. Ces compétences gagneraient alors à être généralisées à l'approche de l'enfant dans toutes les situations. D'autre part, les enseignements sous forme de jeux de rôle intégrant des acteurs auquel j'ai pu participer ont, généralement, été très bien accueillis et ont permis des remises en question et de nombreuses discussions entre pairs autour de nos habitudes relationnelles. Une formation intégrée au 3^{ème} cycle autour des enjeux d'une communication adaptée me semble donc essentielle afin de développer les compétences relationnelles et comportementales des futurs praticiens du champ de la pédiatrie. Ce travail a donc été élaboré autour de deux questions principales :

Au cours du 3^{ème} cycle, comment ces enjeux sont-ils pris en compte dans la pratique quotidienne hospitalière au CHU de Clermont-Ferrand ?

Comment élaborer un support pédagogique qui puisse être facilement intégré à la formation des internes exerçant en pédiatrie ?

OBJECTIFS

Objectif principal : support pédagogique

L'objectif principal de ce travail était de réaliser un contenu pédagogique destiné aux internes des services de pédiatrie. L'enjeu était de faire le lien entre développement de l'enfant et besoins spécifiques en matière d'approche et de communication tout au long d'une consultation.

Objectifs secondaires : enquêtes préliminaires

En préambule, il a semblé intéressant de pouvoir objectiver les modes de communication des internes au CHU de Clermont-Ferrand.

MATERIEL ET METHODES

Enquêtes préliminaires

Il s'agissait, dans un premier temps, de s'intéresser à la relation de soin telle qu'elle se joue actuellement au cours du 3^{ème} cycle, en rapportant le point de vue de chaque acteur : l'interne, le parent (ou autre accompagnateur) et l'enfant.

- Point de vue de l'interne et du parent (ou accompagnateur)

Des questionnaires destinés à l'interne (l'examineur) et à l'accompagnateur (ou aux accompagnateurs) de l'enfant étaient proposés à l'issue d'une consultation. Les questions posées à l'un et à l'autre portaient sur les mêmes éléments de la consultation afin de confronter leurs points de vue [Annexe 3 ; 4].

La communication entre individus s'intégrant dans un contexte environnemental, sensoriel et émotionnel particulier (1,7,11), les questionnaires étaient conçus pour évaluer :

- Les données factuelles liées au lieu de consultation, au nombre d'intervenant etc.
- Le contexte émotionnel et le ressenti subjectif global à l'issue de la consultation.
- Le contexte sensoriel lié au lieu de consultation.
- Les données factuelles liées à certains éléments de communication de l'interne.

Une question supplémentaire dans la version destinée à l'interne avait pour objectif de préciser s'il avait déjà bénéficié d'un enseignement en communication.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- ✓ Consultation ou visite en pédiatrie, au CHU de Clermont-Ferrand
- ✓ Services concernés : SAUP, PGM, Consultations, Maternité
- ✓ Consultation menée par un interne (même s'il était accompagné d'autres soignants)

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- ✗ Situation d'urgence vitale
- ✗ Consultation d'annonce de maladie grave
- ✗ Impossibilité pour l'accompagnateur de répondre de façon autonome
- ✗ Lien préalable entre l'interne et l'accompagnateur et/ou l'enfant
- ✗ Participation préalable au questionnaire par l'interne et/ou l'accompagnateur
- ✗ Impossibilité pour l'interne et/ou l'accompagnateur de répondre immédiatement après la consultation
- ✗ Refus de participation de l'interne et/ou de l'accompagnateur

Les questionnaires étaient proposés en fin de consultation d'abord à l'accompagnateur en expliquant brièvement l'objectif de l'enquête. S'il acceptait, les deux questionnaires étaient alors donnés séparément après que l'interne ait accepté de participer.

L'enquête s'est déroulée de décembre 2019 à mai 2020.

- Point de vue de l'enfant

Afin d'obtenir des témoignages d'enfant au sein de l'hôpital, il a été choisi de collaborer avec l'association « Les 2 Arts », proposant régulièrement des animations de distraction en tant que clowns dans les services de pédiatrie du CHU.

Une trame de dialogue à intégrer aux animations habituelles a donc été élaborée en collaboration avec Philippe Guillaumin, co-président de l'association, et Juliette Bourbon, comédienne et bénévole au sein de l'association **[Annexe 5]**. Cette trame restait toutefois adaptable à la situation particulière de l'enfant, auquel cas les consignes étaient de ne pas poser de question fermée et de rendre l'enfant acteur de l'animation afin de favoriser son expression spontanée.

Afin de préserver le climat instauré par les clowns, il était convenu que deux membres de l'association participeraient conjointement : un membre était l'intervenant principal et suivait la trame de dialogue au cours de son animation et l'autre notait discrètement les paroles des enfants sans perturber l'échange. Les notes étaient rendues anonymes. Ces animations pouvaient être proposées dans différents lieux de l'hôpital : le SAUP, l'UHCD, la PGM mais aussi dans le hall du CHU.

Elles ont pu être menées entre janvier et mars 2020. Les mesures prises en raison de la crise sanitaire du covid 19 n'ont ensuite pas permis à l'association de poursuivre ses activités au sein de l'hôpital.

Support pédagogique

- **Format**

Le format vidéo a été choisi afin de réaliser deux types de contenu. Un premier correspondait à un apport théorique pur. Un second consistait en des mises en situations de moments clefs d'une consultation qui étaient ensuite analysées. La plupart de ces mises en situations ont été filmées du point de vue de l'enfant.

Ces deux types de contenu ont été conçus pour s'adapter à des enfants de 3 tranches d'âge différentes, regroupant des spécificités communes (6,8,12,13). Il s'agissait du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant d'âge pré-scolaire (3- 5 ans).

Les différentes étapes de réalisation ont ensuite consisté en : écrire le scénario, représenter le visuel attendu à travers un « story-board »¹ [Annexe 6], déterminer le plan de tournage, établir le calendrier de production et enfin passer à la création même des vidéos.(14)

- **Lieux de tournage**

Les séquences de contenu théorique ont été tournées devant un fond vert, afin d'inclure des animations en post-production. Les séquences de mises en situations ont été tournées dans les locaux du Pôle Pédiatrique les Petits Soins et du CAMSP à Clermont-Ferrand. Quelques séquences d'introduction ont été tournées au CHU Estaing et dans des locaux privés.

- **Acteurs**

Les séquences de mises en situation ont été tournées principalement avec Juliette Bourbon, comédienne. La séquence au CAMSP a été tournée avec Fanny Sengler, kinésithérapeute spécialisée en pédiatrie.

Certaines séquences ont été tournées avec d'autres participants volontaires : Ludovic Martial, Claire Rapenne et ses enfants. L'enregistrement des voix de plusieurs enfants, constituant les voix-off² du jingle³, a été réalisée par Raphaël Poughon.

- **Captation et montage**

La captation des images et du son ainsi que l'ensemble de la post-production a été réalisée par Marin Tendille et Gaspard Damiens, étudiants en 3^{ème} année de licence Arts du Spectacle, option cinéma et parcours « Culture et Patrimoine ».

¹ Scénarimage : Suite de dessins correspondant chacun à un plan et permettant (lors de la préparation d'un film) de visualiser le découpage

² Voix hors champ

³ Bref thème musical annonçant une émission et destiné à provoquer un réflexe de reconnaissance

Le matériel utilisé pour les prises de vues comprenait un fond vert, un trépied, un appareil photo Reflex Canon EOS 750D avec un objectif Canon EF-S 18-55 mm f/3,5-5,6 IS d'une part, et un objectif grand angle Canon EF-S 10-22 mm f/3,5-4,5 USM d'autre part. La prise de son a été réalisée grâce à un microphone Zoom H5. La post-production a nécessité principalement le logiciel professionnel Adobe Premiere Pro, et le logiciel Photoshop.

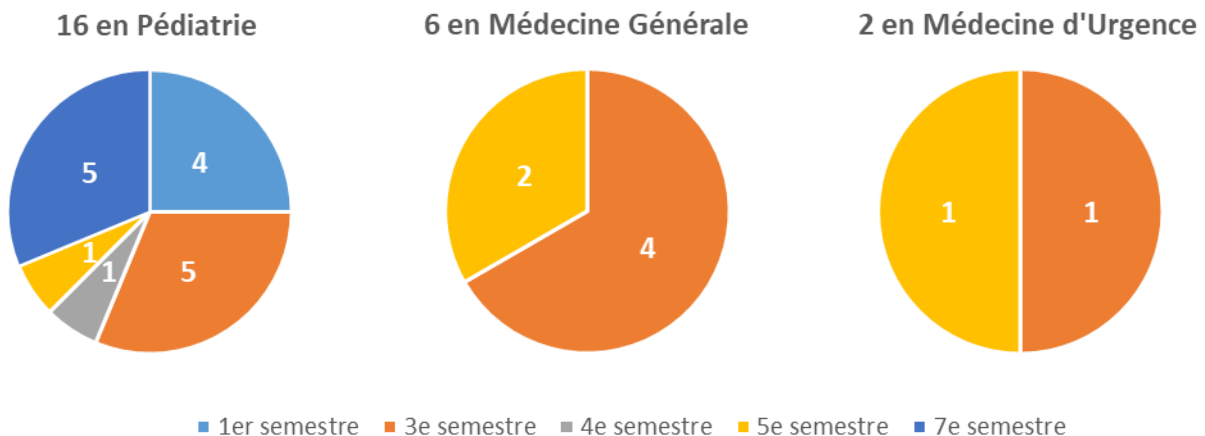
RESULTATS

Enquêtes préliminaires

- Questionnaires de fin de consultation
 - Données d'inclusion : les internes

Sur les **29** internes travaillant au SAUP, en PGM, en consultation ou en maternité pendant la période de l'enquête, **24** ont participé. Les **5** autres n'ont pas été inclus du fait des conditions de consultation (urgence vitale ou consultation menée par un externe) ou par manque de disponibilité.

La répartition des internes par DES de formation était la suivante :



Parmi eux, **7** avaient déjà bénéficié d'un enseignement en communication : **3** en DES de médecine générale, **2** en DES de pédiatrie et **2** en DES de médecine d'urgence.

- Données d'inclusion : les accompagnateurs

Sur les 24 consultations : **4** enfants étaient accompagnés par leurs deux parents, **16** uniquement par leur mère, **3** uniquement par leur père et **1** uniquement par sa grand-mère.

- Données d'inclusion : les enfants

Parmi les enfants examinés : **5** avaient moins de 1 an, **6** avaient entre 1 et 3 ans, **2** avaient entre 3 et 6 ans et **11** avaient plus de 6 ans.

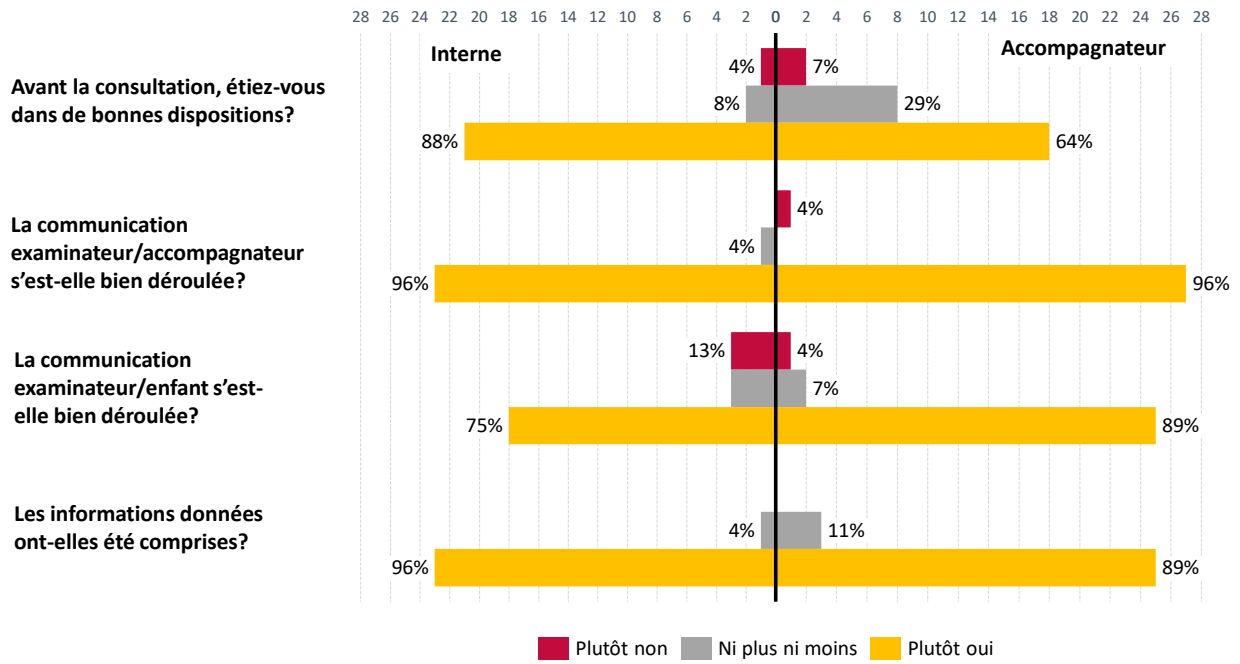
- Données d'inclusion : le lieu de consultation

Les 3/4 des consultations avaient lieu au SAUP, **4** en PGM et **1** en maternité. Parmi elles, **6** consultations avaient lieu entre 8h et 16h, **8** entre 16h et 18h et **10** entre 18h et 21h.

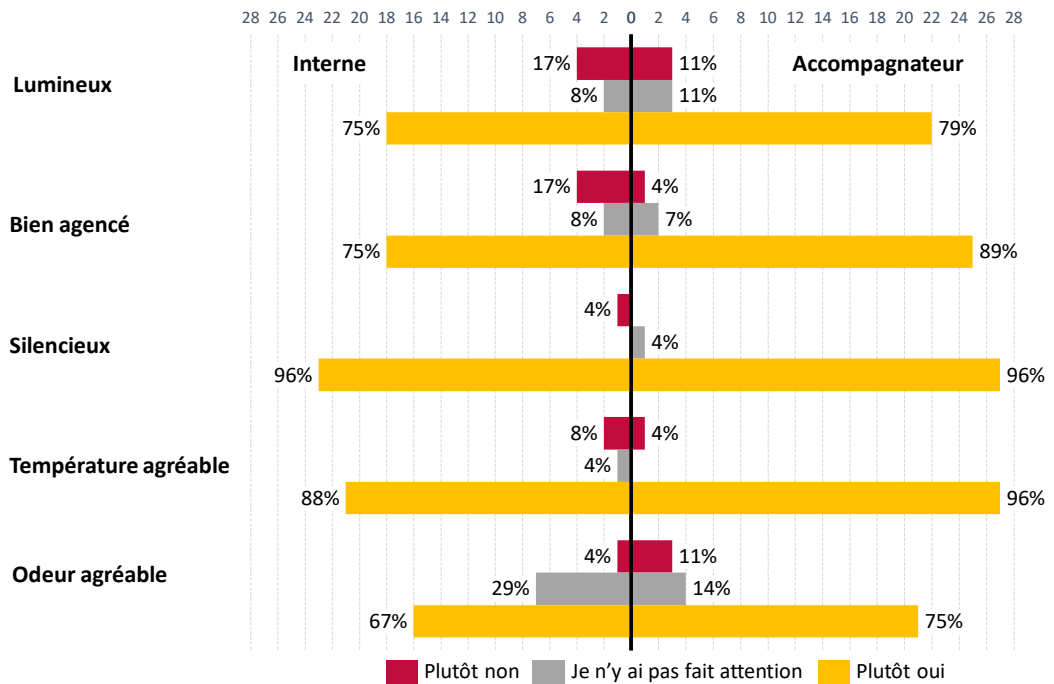
- Comparaison des réponses aux questionnaires

A l'intitulé « nombre de soignants présents, **vous y compris** », **2** internes ont répondu « **0** ». Les accompagnateurs, eux, ont tous comptabilisé l'examineur dans le nombre de soignants présents. Au moins un des accompagnateurs n'avait pas compris que l'examineur était un interne dans **9** cas : **7** ne savaient pas quelle était sa fonction, **1** l'avait identifié comme **externe**, **1** comme **médecin sénior**.

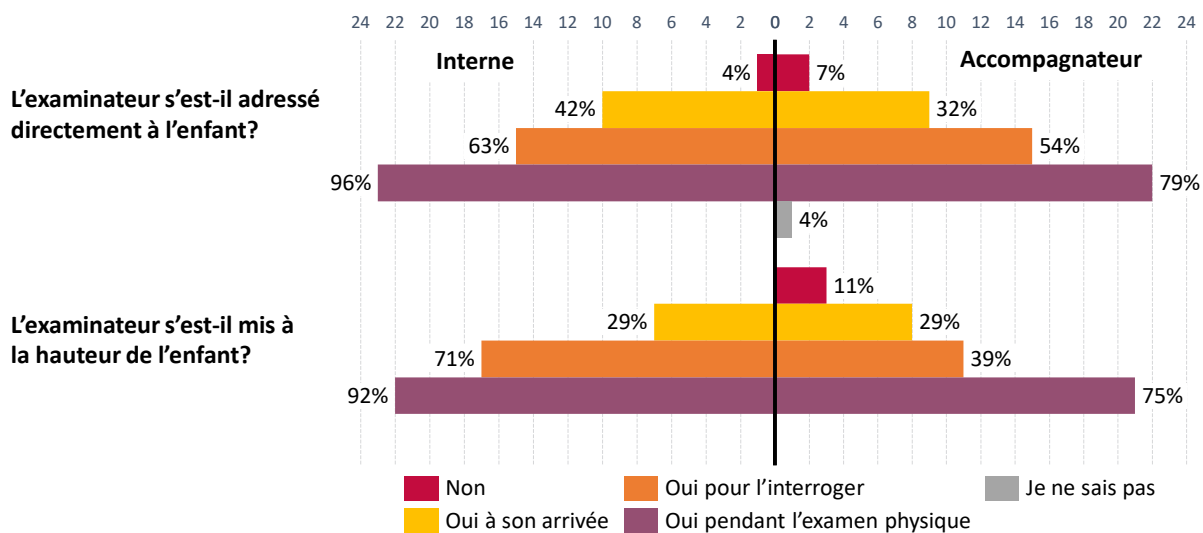
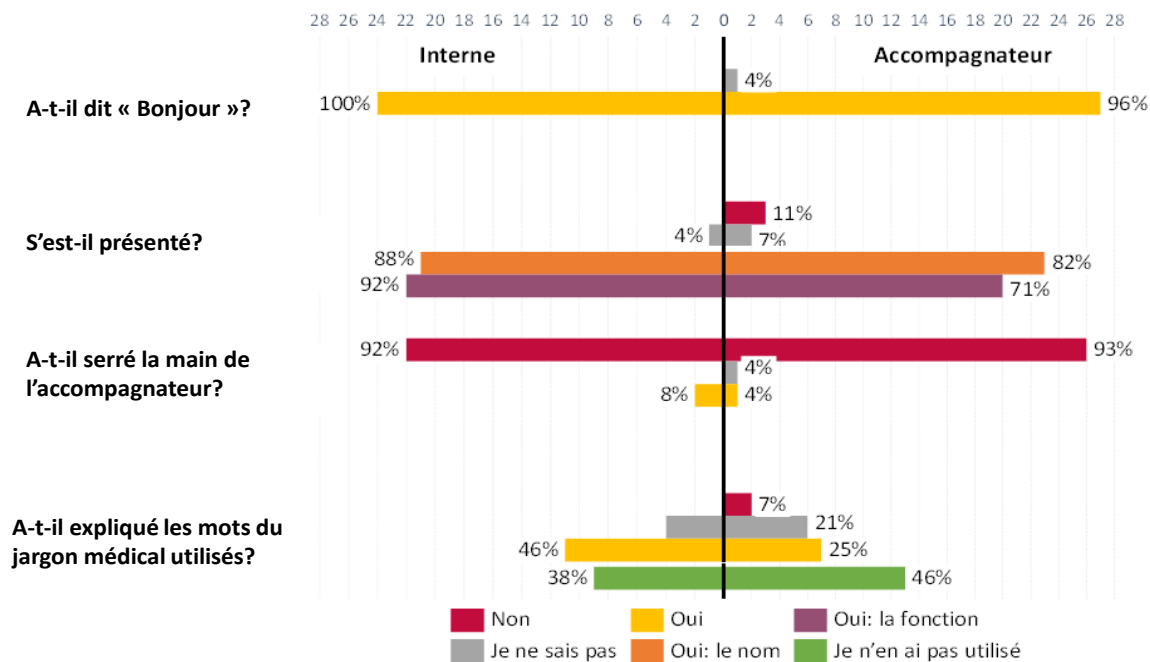
Ressenti global



Lieu de consultation



Attitude de l'examineur pendant la consultation



- Témoignages d'enfant

Au total, **11** enfants ont pu participer à un entretien guidé. **8** étaient des garçons. **7** avaient entre 3 et 5 ans et **4** enfants avaient entre 6 et 9 ans.

La majorité des témoignages ont été recueillis au SAUP, **2** en PGM.

Concernant leur perception de l'environnement, on retrouve, pour les 2 enfants hospitalisés en PGM une attention portée sur l'aspect de la chambre. Il était apprécié pour l'un de pouvoir la personnaliser lui-même ; pour l'autre, les murs étaient jugés trop colorés par rapport à sa chambre habituelle. Un autre enfant percevait que les couloirs avaient une odeur particulière « mais ça pue pas mauvais ». A la question « comment trouves-tu ma maison ? » posée par un clown, la plupart des autres enfants ont répondu « bien ».

Concernant leur perception des soignants, la plupart des enfants ont rapporté que les médecins étaient « beaux » ou « gentils » et que les infirmières étaient « gentilles ». Un enfant a précisé « beaux sourires ». Une autre n'aimait pas l'hôpital car elle avait peur des « gens habillés en bleu ». Un enfant hospitalisé en PGM a précisé « les docteurs passent pas » (comprendre « ne viennent pas me voir »).

Enfin, les enfants les plus loquaces ont pu exprimer avoir apprécié une infirmière ou un médecin en rapportant que des explications sur les soins lui avaient été données. Exemple : « ils m'ont fait une piqûre, c'était un bisou de hérisson elle a dit mais j'ai pas aimé [...] elle m'a expliqué [...] je veux lui faire un dessin » ou encore « il m'a juste mis un truc pour anesthésier mon menton ».

Notons pour finir que certains enfants au SAUP avaient très peur avant de passer une radiographie, de peur d'avoir mal. Après coup ils avaient pu verbaliser qu'ils étaient rassurés par le fait que cela soit rapide et qu'ils n'aient rien senti, certains ayant même envie de recommencer comme « un tour de manège ».

Support pédagogique

L'ensemble des résultats du travail de conception et de réalisation sera rendu disponible en libre accès sur la plateforme YouTube. Les vidéos seront regroupées sur une chaîne nommée « Le Petitoscope » [Annexe 7] qui sera accessible via l'url suivant :

<https://www.youtube.com/channel/UCEiGn1IoLP6h8wGvCsEseIQ>

Au total, 11 vidéos ont été réalisées :

- Une vidéo de présentation et d'introduction : <https://youtu.be/8gc0mZBILd8>

- Une playlist « nouveau-né » comprenant :
 - Une vidéo de rappels théoriques : https://youtu.be/nZm8HW_9VvY

L'accent était porté sur le développement cérébral du fœtus et du nouveau-né (15,16) puis sur les capacités perceptives du nouveau-né(17(14)). Enfin, un rappel était fait sur le développement psychomoteur des premiers mois de vie (13,17).

- Une mise en situation du début de consultation avec le parent :
<https://youtu.be/BieMmOFVq5Y>

L'objectif était de mettre en évidence les éléments contextuels entrant en jeu dans la communication entre le médecin et le parent dès le début de la prise de contact(6,18–20).

- Une mise en situation de l'examen clinique : <https://youtu.be/MmtypqAC5vI>

L'intérêt était d'illustrer l'influence des postures prises par le médecin et de sa manière de manipuler le bébé sur la perception que celui-ci pouvait avoir de l'examen (5,13,21)

- **Une playlist « nourrisson » comprenant :**

- Une vidéo de rappels théoriques : <https://youtu.be/C4X1kWgdPgw>

L'accent était porté sur la part du langage verbal, para-verbal et non verbal dans la communication à cet âge(1,11,22). L'évolution des perceptions à ce stade de développement(21,23) et l'implication du système d'attachement de l'enfant au cours de la consultation(24–26) étaient également abordés.

- Une mise en situation de l'accueil du nourrisson : <https://youtu.be/pRjDmEcGarI>

L'objectif était d'illustrer l'impact du mode de communication sur la mise en confiance du nourrisson dès son accueil en salle d'attente. (1,12)

- Une mise en situation de l'examen clinique : <https://youtu.be/mokfAk9AhHM>

Ici, l'angle de prise de vue permettait de visualiser l'apport de la distraction et de la proximité du parent au cours de l'examen. (8–10,27)

- **Une playlist « enfant d'âge préscolaire » comprenant :**

- Une vidéo de rappels théoriques : <https://youtu.be/GbeiiS-RvdE>

L'accent été porté sur la perception du temps et de l'espace à ces âges et sur les conséquences de l'immaturité cérébrale sur la gestion des émotions et la mémorisation des évènements. (13,28,29)

- Une mise en situation de l'entretien avec l'enfant :

<https://youtu.be/zDmkco2-KXI>

L'implication de l'enfant dans le dialogue au cours de l'interrogatoire et l'importance du choix des mots utilisés étaient mis en avant (11,30,31).

- Une mise en situation de l'examen clinique : <https://youtu.be/hc3tV1CCIAg>

Différents angles de vue permettaient d'illustrer des manières différentes d'impliquer l'enfant. (32,33)

- Une vidéo « bonus » : <https://youtu.be/gO-xAYDLiyw>

Une synthèse des connaissances acquises pour réaliser les différentes vidéos était proposée sous forme de recommandations ayant pour objectif d'améliorer la communication avec le patient et ses parents en pratique quotidienne.

DISCUSSION

Enquêtes préliminaires

- Questionnaires
 - Interprétation

Seuls 4 internes (en DES de pédiatrie) étaient en tout début de 3^{ème} cycle, la majorité avait donc au moins 1 an d'expérience en tant qu'interne. Concernant l'enseignement en communication : tous les internes en DES de médecine d'urgence en avait déjà bénéficié, la moitié des internes en DES de médecine générale et 2 internes en DES de pédiatrie sur 16. Cet enseignement n'est donc pas dispensé dès la première année et pas intégré de la même façon à la maquette d'enseignement en fonction des DES.

La majorité des questionnaires a été remplie au SAUP, ce qui s'explique par le fait que l'examen clinique d'entrée en PGM est en priorité réalisé par les externes avant d'être complété par un interne. Par ailleurs, l'organisation des services de consultation et de maternité n'a pas permis à tous les internes de ces secteurs de participer.

Il est intéressant de noter que 2 internes ne se sont pas considérés comme « soignant », bien que la mention « vous y compris » ait été précisée, alors qu'ils étaient considérés comme tels par les accompagnateurs.

Les accompagnateurs n'avaient pas identifié la fonction de l'examineur dans 9 cas sur 24 : ceci pose la question de l'identification des intervenants dans les services. L'identification du nom et de la fonction sur la tenue est-elle présente et claire ? Le temps consacré aux présentations est-il suffisamment investi ? Cela semble important au regard du nombre d'intervenants différents des services inclus.

Concernant le ressenti global, on note qu'il est plutôt positif. Outre une bonne entente entre l'examineur et l'accompagnateur, ceci peut s'expliquer par deux autres facteurs : d'une part, les consultations avaient lieu exclusivement en journée, d'autre part, le temps d'attente au SAUP était réduit pendant la période de l'enquête du fait d'une diminution de l'affluence au début de la crise sanitaire. Il serait intéressant de recueillir ces avis lors d'une consultation de nuit au SAUP ou en période de plus forte affluence. Par ailleurs, on note que, lors de consultations de nouveau-nés, certains internes avaient considéré que la communication ne s'était pas bien passée avec le patient, principalement du fait de pleurs, mais que cet avis n'était pas partagé par le parent qui considérait cela comme un comportement normal dans le contexte.

Concernant le lieu de consultation, là aussi les avis étaient globalement positifs. Les salles de consultation au SAUP ont toutes été équipées de jeux muraux et les chambres en PGM sont plutôt spacieuses et lumineuses, ce qui est apprécié des parents. On note toutefois certaines différences de perception. Les internes étaient plus fréquemment sensibles à un manque de lumière, de silence, et un mauvais agencement de la pièce, qui sont des éléments impactant directement l'examen clinique. En revanche, les accompagnateurs étaient plus fréquemment sensibles à une odeur du lieu jugée désagréable.

Concernant l'attitude de l'examineur pendant la consultation, certains éléments étaient discordants entre les deux répondants. La présentation de l'interne n'était pas perçue par tous les accompagnateurs. Lorsqu'elle l'était, les accompagnateurs renaient plus facilement le nom que la fonction de l'interne alors que les internes avaient plus facilement tendance à donner leur fonction que leur nom. La plupart des internes n'avaient pas serré la main en se présentant, ce qui peut s'expliquer par le contexte sanitaire et par le fait que cela n'est pas une habitude au CHU. Un questionnaire en cabinet libéral aurait pu apporter des

réponses différentes. Les explications du jargon médical n'étaient pas toujours perçues par les accompagnateurs, ce qui peut refléter un manque de vérification de la bonne compréhension des informations données par des techniques de reformulation par exemple.

Il est intéressant de noter que les internes ne s'adressaient pas directement à l'enfant à toutes les étapes de la consultation : environ 40% à la prise de contact, puis environ 60% au moment de l'interrogatoire et quasiment tous au moment de l'examen (un faible pourcentage ne s'adressait jamais directement à l'enfant). Pourtant, plus de la moitié des enfants (13 sur 24) avaient plus de 3 ans, donc en capacité d'établir un dialogue avec l'interne.

De la même façon, les internes ne se mettaient pas à la hauteur de l'enfant à toutes les étapes de la consultation : environ 30% à la prise de contact, puis environ 70% au moment de l'interrogatoire et quasiment tous au moment de l'examen. Pourtant, près de 80% des enfants avaient moins de 11 ans et avaient donc une différence de taille significative avec l'examineur. Leur perception était donc modifiée par leur angle de vue.

- Forces

L'enjeu était d'avoir une idée précise de la manière de communiquer d'un interne au cours d'une consultation en évitant deux écueils. Le premier étant d'influencer son comportement par le mode d'évaluation (ce qui aurait été le cas en filmant ou observant directement des consultations). Le second étant d'avoir une vision subjective de l'interne sans pouvoir la corrélérer au point de vue du parent (ce qui aurait été le cas avec des questionnaires uniquement destinés aux internes). Le choix d'un questionnaire double permettait donc à priori de s'affranchir de ces deux biais.

La majeure partie de la formation en 3^{ème} cycle ayant lieu à l'hôpital, l'ensemble des questionnaires a été proposé au CHU pour plus de représentativité.

- Limites

Les conditions d'examen lors des consultations étaient très proches (horaire/lieu de consultation) ce qui tend à lisser les réponses obtenues. Par ailleurs, au cours de la période d'enquête, les internes avaient peu à peu connaissance du sujet et savaient donc sur quel thème allaient porter les questions avant de commencer leur consultation. Afin de corriger ce biais, ma présence sur le lieu de consultation n'intervenait plus qu'après la consultation.

- Témoignages

- Interprétation

Le faible nombre de témoignages recueillis était plutôt positif mais beaucoup d'enfant ayant participé aux animations restaient peu loquaces. Nous pouvons tout de même retenir quelques éléments.

Etaient apprécié des enfants : le fait de recevoir des explications sur les soins, le fait de participer à la décoration de la chambre d'hospitalisation et le fait de faire face à des soignants souriants.

En revanche, certains enfants ont pu exprimer avoir peur des uniformes bleus et peur de la douleur de certains examens. L'effet « blouse blanche » serait-il donc plus lié à la blouse qu'à sa couleur ? Une meilleure préparation des enfants avant la réalisation d'un examen (radiographie ici) gagnerait peut-être à être pensée en équipe.

- Forces

Ici aussi, l'enjeu était de pouvoir recueillir un point de vue d'enfant (lorsqu'il était en âge de parler) sur l'hôpital et les internes en consultation avec le moins de biais possible.

Questionner l'enfant via l'interne ou l'accompagnateur au décours d'une consultation aurait influencé de fait les réponses, en tant que partie prenante de la consultation. Le statut amical et extérieur au soin du clown a été choisi afin de pouvoir passer par le jeu et l'imaginaire pour obtenir des témoignages les plus authentiques possibles.

- Limites

Hormis la période d'expérimentation très courte du fait des mesures sanitaires, les comédiens se sont heurtés à plusieurs limites. La majorité des animations avaient lieu dans les salles d'attente du SAUP, avec peu d'intimité ce qui ne favorisait pas la participation des enfants. Les services comme la PGM ou l'UHCD offraient plus de confidentialité et permettaient d'être dans un environnement déjà appréhendé par l'enfant mais n'ont pu être que peu investis. Malgré la trame établie, il était souvent difficile de l'intégrer à une animation ayant pour but la distraction, les objectifs étant fondamentalement opposés. Enfin, l'absence de briefing formalisé pour l'ensemble de l'association a réduit le nombre d'intervenant possible, réduisant le champ d'expérimentation.

Il serait donc intéressant de renouveler l'expérience en définissant plus clairement les modalités d'entretien, en la distinguant des animations habituelles et en incluant l'ensemble de l'association sur une plus grande période.

Support pédagogique

- Les vidéos

L'intérêt était d'apporter des connaissances théoriques sur la communication et les mettre en lien avec le développement de l'enfant et ses spécificités. L'ensemble de ces connaissances a été tiré d'un travail bibliographique détaillé (Cf Résultats).

Le scénario a ensuite été révisé par un psychologue spécialisé en pédiatrie. La séquence tournée au CAMSP portant sur les techniques à utiliser au cours de l'examen clinique lors de changements de position des nouveau-nés a été entièrement écrite et jouée par une kinésithérapeute spécialisée en pédiatrie. Pour autant, une validation de l'ensemble de ce contenu vidéo par d'autres experts serait une plus-value certaine.

Le point de vue de l'enfant étant difficilement évaluable de façon directe, il s'agissait également de pouvoir l'illustrer afin de mettre en perspective la théorie. Les séquences tournées en « point de vue enfant » permettent donc de prendre du recul sur les modes de communication que nous pouvons utiliser en pratique quotidienne (bien souvent à notre insu) et d'amener une vision originale que n'apporterait pas une mise en situation filmée d'un point de vue uniquement extérieur.

Le format court des vidéos permet de rendre le contenu plus facile à intégrer en optimisant le temps de concentration nécessaire à un bon apprentissage. De la même façon, l'intégration de différents plans, d'animations pour dynamiser le contenu et la personnalisation des vidéos ont été conçus pour capter l'attention et favoriser l'assimilation des données exposées.

- **Les modalités de diffusion**

Afin de favoriser un accès rapide et facile à ce contenu, il a été choisi de le diffuser via la plateforme YouTube. L'utilisation de ce canal de diffusion paraît opportune car déjà intégrée aux habitudes de consommation de média des internes. Par ailleurs, cette plateforme permet de classer les vidéos en plusieurs « playlists » donc facilement réparties par tranche d'âge. Ceci peut permettre un accès rapide et ciblé en fonction des champs d'intérêts de l'interne.

Dans une optique pédagogique, cela permet également de pouvoir élargir la population cible aux internes d'autres UFR.

Par ailleurs, la diffusion seule ne suffira pas à atteindre les objectifs pédagogiques de ce travail. Il serait intéressant de pouvoir intégrer ce support à une journée d'enseignement qui soit dispensée dès la première année d'internat.

En voici une proposition de programme :

- 1- Visualisation des vidéos en amont de la journée d'enseignement
- 2- Séance de questions/réponses autour du contenu visualisé
- 3- Interventions de professionnels afin d'approfondir certains sujets (neurosciences affectives et sociales, hypnose conversationnelle...)
- 4- Tour de table afin d'identifier des situations cliniques précises ayant mis les internes en difficultés
- 5- Jeux de rôles filmés autour de ces situations puis analyse collective
- 6- Questionnaire 3 à 6 mois plus tard pour évaluer l'impact de cet enseignement sur la pratique quotidienne

CONCLUSION

Une bonne communication est le pilier d'une relation de soin efficace et sereine. Son enseignement est peu intégré au cursus médical. Il est souvent à la charge tacite du compagnonnage au cours du 3^{ème} cycle et reste donc hétérogène et subjectif. En pédiatrie, les spécificités de l'enfant au cours de son développement nécessitent des compétences relationnelles adaptées. L'élaboration d'outils pédagogiques ciblés est donc nécessaire.

Après quelques enquêtes préliminaires, ce travail a permis la réalisation de vidéos pédagogiques offrant un point de vue original pour apporter des éléments de réflexion et d'information afin de développer une approche de l'enfant plus respectueuse et ajustée.

La diffusion de ces vidéos sur la plateforme YouTube permettra d'élargir la population cible aux internes d'autres UFR.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pr Pierre CLAVELOUX



La Présidente du Jury,
Pr Catherine SARRET

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. SARRET', with the name 'C. SARRET.' printed in small letters below it.

REFERENCES

1. Bernard F, Musellec H. La communication dans le soin: hypnose médicale et techniques relationnelles. Rueil-Malmaison: Arnette; 2013.
2. MEDECINE, subst.fém. In: TLFi : Trésor de la langue Française informatisé [Internet]. ATILF-CNRS&Université de Lorraine. Disponible sur: <http://www.atilf.fr/tlfi>
3. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. mai 2004;5(2):110-26.
4. Lussier M-T, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. *Pédagogie Médicale*. 2007;8:8.
5. Leblanc A. Les attentions du pédiatre au corps de l'enfant. *Enfances Psy*. 2002;no20(4):7-12.
6. Richard C. La communication professionnelle en santé. 2016.
7. Académie Suisse des Sciences Médicales. La communication dans la médecine au quotidien, un guide pratique. 2013.
8. Artis A-S. Accueil de l'enfant en médecine générale: la relation médecin-enfant malade, à propos d'une enquête réalisée auprès de 128 médecins généralistes lorrains. :114.
9. J.Canévet, N. Erbacher, R. Senand. Comportements des jeunes enfants en consultation de médecine générale. *Exercer*. juin 2009;(89):138-42.
10. Brugha R, Marlais M, Abrahamson E, Pradel J-L. Examen clinique pédiatrique. Paris: Maloine; 2016.
11. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff: Dunod; 2017.
12. PEDIADOL. Pourquoi parler à l'enfant? [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://pediadol.org/pourquoi-parler-a-lenfant/>
13. Mazeau M, Pouhet A. Dans le cerveau de mon enfant: tout le développement de l'enfant de 0 à 6 ans. Paris: Horay; 2018.
14. Université de Sherbrooke. Guide de production: vidéo numérique. 2015.
15. Amiel-Tison C, Gosselin J. Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010.
16. Alvarez C. Plasticité, pour le meilleur ou pour le pire [Internet]. Les lois naturelles de l'enfant. Disponible sur: <https://www.celinealvarez.org/plasticite-pour-le-meilleur-ou-pour-le-pire>

17. Commission des 1000 premiers jours. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. 2020 sept.
18. Martin A. Accueil au cabinet de médecine générale: éléments de communication influençant le ressenti des patients sur leur relation avec le médecin. Faculté de médecine de Nantes; 2016.
19. Mazzi MA, Rimondini M, Deveugele M, Zimmermann C, Moretti F, van Vliet L, et al. What do people appreciate in physicians' communication? An international study with focus groups using videotaped medical consultations. *Health Expect*. oct 2015;18(5):1215-26.
20. Rimondini M, Mazzi MA, Busch IM, Bensing J. You only have one chance for a first impression! Impact of Patients' First Impression on the Global Quality Assessment of Doctors' Communication Approach. *Health Communication*. 15 oct 2019;34(12):1413-22.
21. Streri A. Ce nouveau-né qui est en nous: ses perceptions, ses actions, ses intuitions. 2017.
22. Célestin-Lhopiteau I. L'hypnose pour les enfants: indications, boîte à outils hypnotique, exemples. Paris: J. Lyon; 2013.
23. Renault-Dulong A. Sémiologie, Psychomotricité 2ème année [Internet]. 2007. Disponible sur:
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/semioRENAULT/semioRENAULT.pdf>
24. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
25. Toureille A. Intérêt de la théorie de l'attachement lors des consultations médicales spécialisées dans le handicap. *Devenir*. 21 juill 2014;Vol. 26(2):105-24.
26. Guedeney N. L'attachement, un lien vital. Paris: Fabert; 2011.
27. Galland F. Distraire les enfants lors des soins [Internet]. Sparadrap. Disponible sur:
<https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/distraire-les-enfants-lors-des-soins>
28. Gueguen C, Ansembourg T d'. Pour une enfance heureuse: repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris: Pocket; 2015.
29. Implications et séquelles de la mémorisation d'événements douloureux chez l'enfant [Internet]. *Pediadol*. 2019. Disponible sur: <https://pediadol.org/implications-et-sequelles-de-la-memorisation-devenements-douloureux-chez-lenfant/>
30. Simon V. Avoir peur d'avoir mal, c'est déjà avoir mal [Internet]. Sparadrap. 2012. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/professionnels/avoir-peur-davoir-mal-cest-deja-avoir-mal>
31. Herrenschmidt S. L'information, alliée indispensable du soin [Internet]. Sparadrap. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/professionnels/informer-lenfant-et-ses-proches/linformation-alliee-indispensable-du-soin>

32. Gooze R. Promettez-moi de me dire si ça va faire mal... [Internet]. Sparadrap. Disponible sur: <https://sparadrap.org/parents/temoignage/promettez-moi-de-me-dire-si-ca-va-faire-mal>
33. Galland F. Donner le choix aux enfants [Internet]. Sparadrap. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/donner-le-choix-aux-enfants>

ANNEXE 1 : Extrait des objectifs de l'UE 1 (programme ECN)

UE1 : « Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle »

1. Objectifs généraux

L'étudiant doit comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations, chez le patient adulte et pédiatrique, notamment en cas de maladie aiguë grave et de maladie chronique potentiellement létales. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les données selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades.

Il a un devoir de formation tout au long de la vie grâce à l'analyse critique des informations médicales et scientifiques et à l'apprentissage résultant du retour d'expériences.

L'exercice professionnel se doit de respecter un certain nombre d'éléments d'orientation qui peuvent être cliniques (recommandations et les discussions scientifiques évolutives qu'elles suscitent), éthiques (en rapport avec l'évolution des mœurs, de la société, des cultures, des valeurs qui fondent l'exercice médical et des contraintes qui viennent complexifier la décision médicale) et déontologiques ou légales (qui fondent la représentation des professionnels dans l'exercice de leur pratique et leur signifient les limites au-delà desquelles leurs responsabilités, de toutes natures, sont engagées).

2. Objectifs terminaux

N° 1. La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluri professionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

- Expliquer les bases de la communication avec le malade, son entourage et la communication interprofessionnelle.
- Établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins.
- Connaître les fondements psychopathologiques de la psychologie médicale.
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, de l'incertitude sur l'efficacité d'un traitement, de l'échec d'un projet thérapeutique, d'un handicap, d'un décès ou d'un évènement indésirable associé aux soins.
- Favoriser l'évaluation des compétences du patient et envisager, en fonction des potentialités et des contraintes propres à chaque patient, les actions à proposer (à lui ou à son entourage) : éducation thérapeutique programmée ou non, actions d'accompagnement, plan personnalisé de soins (voir item 321).

ANNEXE 2 : Charte européenne des droits de l'enfant hospitalisé

Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants – UNESCO

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
5. Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.
6. Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Cette Charte a été adoptée par la 1ere conférence européenne des associations "Enfants à l'hôpital", à Leiden en 1988. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés.

ANNEXE 3 : Questionnaire Examineur

Dans le cadre de ma thèse portant sur les modalités de communication en consultation de pédiatrie vous trouverez ci-après un questionnaire anonyme à remplir à l'issue de votre consultation.

Les réponses données permettront de construire une formation spécifique dont vous bénéficierez prochainement.

Veillez y répondre le plus **spontanément possible**, selon votre **ressenti immédiat**.

Merci de votre participation !

Bayane KHALILI, interne en pédiatrie

ELEMENTS GENERAUX :

- Fonction de l'examineur (+ spécialité + semestre si interne) :
- Nombre de soignants présents (vous y compris) : Nombre Je ne sais pas
- Service :
- Heure :
- Age de l'enfant :
- Motif médical de consultation :

PRE-REQUIS :

- Avez-vous déjà bénéficié d'une formation en communication dans le cadre du soin ? Oui Non

RESSENTI GLOBAL :

- Avant la consultation, étiez-vous dans de bonnes dispositions ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- La communication avec la famille s'est-elle bien déroulée ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- La communication avec l'enfant s'est-elle bien déroulée ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- Pensez-vous que les informations données ont été comprises par la famille ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

LE LIEU DE CONSULTATION :

Diriez-vous qu'il était ...

- Lumineux ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- Bien agencé ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- Silencieux ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- A température agréable ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- D'une odeur agréable ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

LORS DE LA CONSULTATION: (plusieurs réponses possibles)

➤ Avez-vous dit « Bonjour » ? Oui Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

➤ Vous êtes-vous présenté(e) ? Mon nom Ma fonction Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

➤ Avez-vous serré la main des accompagnateurs ? Oui Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

➤ Vous êtes-vous adressé(e) directement à l'enfant ?

A mon arrivée Pendant l'interrogatoire Pendant l'examen clinique Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

➤ Vous êtes-vous mis à la hauteur de l'enfant ?

A mon arrivée Pendant l'interrogatoire Pendant l'examen clinique Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

➤ Avez-vous expliqué les mots du jargon médical utilisés ?

Oui Non Je n'en ai pas utilisé Je ne sais pas

Commentaire libre :

ANNEXE 4 : Questionnaire Accompagnateur

Dans le cadre de ma thèse portant sur les modalités de communication en consultation de pédiatrie vous trouverez ci-après un questionnaire anonyme à remplir à l'issue de votre consultation.

Les réponses données permettront de construire une formation spécifique à destination des futurs pédiatres afin d'améliorer nos pratiques.

Veillez y répondre le plus **spontanément possible**, selon **votre ressenti immédiat**.

Merci de votre participation !

Bayane KHALILI, interne en pédiatrie

ELEMENTS GENERAUX :

- Fonction de l'examineur : Interne Externe (*étudiant*) Médecin sénior Je ne sais pas
- Nombre de soignants présents : Nombre Je ne sais pas
- Service de consultation :
- Quel est votre lien avec l'enfant ? Père Mère Autre (Précisez :)
- Motif médical de consultation :

RESSENTI GLOBAL :

- Avant la consultation, étiez-vous dans de bonnes dispositions ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- La communication avec l'examineur s'est-elle bien déroulée ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- La communication entre l'examineur et votre enfant s'est-elle bien déroulée ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

- Avez-vous compris les informations données par l'examineur ?

Plutôt non	Ni plus ni moins	Plutôt oui
------------	------------------	------------

Commentaire libre :

LE LIEU DE CONSULTATION :

Diriez-vous qu'il était ...

- Lumineux ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- Bien agencé ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- Silencieux ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- A température agréable ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

- D'une odeur agréable ?

Plutôt non	Je n'y ai pas fait attention	Plutôt oui
------------	------------------------------	------------

Commentaire libre :

LORS DE LA CONSULTATION: (plusieurs réponses possibles)

- L'examineur vous a-t-il dit « Bonjour » ? Oui Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

- L'examineur s'est-il présenté? Son nom Sa fonction Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

- L'examineur vous a-t-il serré la main ? Oui Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

- L'examineur s'est-il adressé directement à votre enfant ?
A son arrivée Pour l'interroger Pendant l'examen physique Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

- L'examineur s'est-il mis à la hauteur de votre enfant ?
A son arrivée Pour l'interroger Pendant l'examen physique Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

- L'examineur vous a-t-il expliqué les mots du jargon médical utilisés ?
Oui Non Il n'en a pas utilisé Je ne sais pas

Commentaire libre :

ANNEXE 5 : Trame d'entretien enfant / clown

- « Comment tu t'appelles ? »

- « Tu as quel âge ? »

- « Pourquoi tu es ici ? »

- « Ici c'est ma maison, c'est la première fois que tu viens ? »

- « Tu penses quoi de ma décoration ? » (*Orienter sur le sensoriel : odeurs / température / agencement...*)

- « J'ai besoin de toi. Je ne connais pas bien mes voisins les docteurs, je pense que tu sais plein de choses, tu vas pouvoir m'aider. Tu as déjà rencontré mes voisins les docteurs ? »

⇒ Si non : « comment tu les imagines ? »

⇒ Si oui : « tu vois, moi, je suis tout en vert mais je crois que les docteurs c'est différent, il était comment le tien ? »

- « Il paraît qu'ils posent plein de questions et qu'ils ont tout plein d'objets, qu'est-ce qu'il t'a fait à toi ? Qu'est-ce qu'il t'a expliqué ? »

- « Chez moi, on donne des gommettes pour les supers docteurs, est-ce que tu penses que je peux en donner une au tien ? »

- « C'est quoi pour toi un super docteur ? »

ANNEXE 6 : Story-board

Video de Presentation

Video nouveau-ne & entretien avec le parent

Video nouveau-ne : examen clinique

Video nouveau-ne : l'accueil

Video nouveau-ne : l'examen clinique

Video enfant : l'entretien

Video enfant : l'examen clinique

ANNEXE 7 : « Le Petitoscope », visuel de la page d'accueil

Visuel à venir, après publication de l'ensemble des vidéos :



SERMENT D'HIPPOCRATE (Version longue)

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE
(Version courte)

En présence des Maîtres de cette faculté et de mes chers(es) condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant(e) envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

COMMUNICATION EN CONSULTATION DE PEDIATRIE : REALISATION DE VIDEOS PEDAGOGIQUES DESTINEES AUX INTERNES

RESUME

CONTEXTE :

Une bonne communication est le pilier d'une relation de soin efficace et sereine. Son enseignement est peu intégré au cursus médical. Il est souvent à la charge tacite du compagnonnage au cours du 3^{ème} cycle et reste donc hétérogène et subjectif. En pédiatrie, les spécificités de l'enfant au cours de son développement nécessitent des compétences relationnelles adaptées.

OBJECTIFS :

- 1) Réaliser des enquêtes préliminaires afin d'étudier le point de vue des acteurs de la relation de soin en pédiatrie : l'enfant, le parent et le médecin.
- 2) Elaborer un support pédagogique ciblé.

METHODE :

1) Des questionnaires identiques ciblant les principaux éléments entrant en jeu dans la communication ont été remplis par l'interne et le(les) accompagnateur(s) de l'enfant à l'issue d'une consultation afin de confronter leurs points de vue. Des entretiens intégrés à des animations par une association de clowns a permis d'obtenir des témoignages d'enfants.

2) Des vidéos pédagogiques ont été conçues sous deux modalités. Un contenu théorique pur d'une part. Des mises en situation de moments clefs d'une consultation incluant des séquences filmées du point de vue de l'enfant d'autre part. Les aspects techniques de la réalisation ont été menés par deux étudiants en Art du Spectacle.

RESULTATS :

11 vidéos ont été réalisées avec la participation d'une kinésithérapeute spécialisée en pédiatrie, d'une comédienne et de volontaires adultes et enfants.

CONCLUSION :

Réalisation de vidéos pédagogiques offrant un point de vue original pour apporter des éléments de réflexion et d'information afin de développer une approche de l'enfant plus respectueuse et ajustée. La diffusion de ces vidéos sur la plateforme YouTube permettra d'élargir la population cible aux internes d'autres UFR.

MOTS-CLEFS

- Communication

- Internes

- Vidéo

- Pédiatrie

- Développement

- Consultation