



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2021

Thèse N° 166

**Évaluation de la communication étudiant-patient
dans la pratique médicale : vers l'élaboration d'un
protocole de formation des étudiants en médecine
dans la communication médecin-patient.**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04/10/2021

PAR

Mr. Mohamed HOUBAYELI

Né le 19 Décembre 1993 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Communication médecin-patient – Evaluation– Protocole de formation–
Techniques de communication– Approche centrée patient.

JURY

M.	M. EL HATTAOUI Professeur de Cardiologie	PRESIDENT
Mme.	S. EL KARIMI Professeur de Cardiologie	RAPPORTEUR
Mme.	I. ADALI Professeur de Psychiatrie	} JUGES
M.	A. FAKHRI Professeur d'Histologie– embryologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
ALJ Soumaya	Radiologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMAL Said	Dermatologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KISSANI Najib	Neurologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ARSALANE Lamiaa	Microbiologie -Virologie	LAKMICHY Mohamed Amine	Urologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique	LAOUAD Inass	Néphrologie

ATMANE El Mehdi	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MOUFID Kamal	Urologie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BENZAROUËL Dounia	Cardiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOURRAHOÛAT Aïcha	Pédiatrie	OUALI IDRÏSSI Mariem	Radiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUSKRAOÛI Mohammed	Pédiatrie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	QAMOÛSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHERIF IDRÏSSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RADA Nouredine	Pédiatrie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DRAÏSS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie

EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embyologie cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	KADDOURI Said	Médecine interne
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto- Rhino - Laryngologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ESSADI Ismail	Oncologie Médicale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	HAJJI Fouad	Urologie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAMMI Salah Eddine	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	Hammoune Nabil	Radiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	HAZIME Raja	Immunologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAHMINI Widad	Pédiatrie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LALYA Issam	Radiothérapie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCH Asmae	Microbiologie-virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BELLASRI Salah	Radiologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAGGABI Amine	Neurologie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHETTATI Mariam	Néphrologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
DAMI Abdallah	Médecine Légale	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
DOUIREK Fouzia	Anesthésie- réanimation	ROUKHSI Redouane	Radiologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SAYAGH Sanae	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	SBAI Asma	Informatique
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	WARDA Karima	Microbiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 23/06/2021



DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance,
Aussi, c'est tout simplement que*



Je dédie cette thèse à...

Louange à Dieu tout puissant, qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin et qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.

À ma très chère et douce mère,

Madame EL ILHAMI FATIMA,

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai pour toi MAMAN, Tu m'as toujours soutenue, réconforter. Tu m'as tout donné sans compter, Tu as toujours été là pour moi. Tes prières ont été pour moi un grand soutien au cours de ce long parcours. Tu es pour moi le symbole de la bonté, ma confidente, ma source de bonheur et de tendresse. Ce modeste travail qui est avant tout le tien, n'est que la concrétisation de tes grands efforts et tes immenses sacrifices. Ce que je suis devenu aujourd'hui, c'est grâce à toi et tes encouragements. Je te dois toute mon existence MAMAN Puisse Dieu très haut, t'accorder, santé, bonheur et longue vie, et faire en sorte que jamais je ne te déçoive.

À la mémoire de ma grand-mère : Muí Jemíaa

La lumière qui ne s'éteint jamais. Tu as représenté pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Que dieu te bénisse et t'accueille dans son éternel paradis. Ce travail est pour moi le fruit de tes prières. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi. Je te rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon amour.

À mon cher père :

Tu m'as élevé dans l'honneur, la droiture et la dignité. Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.

À mes chères tantes, cousins et cousines :

J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. J'ai une chance inestimable d'être né dans une famille si aimante et si généreuse. Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.

À mes chers amis :

À tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs ! Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

À mes chers collègues :

En témoignage de tous nos moments, de l'amitié qui nous unit et des souvenirs que nous avons passés ensemble, à toutes les nuits blanches, les longues journées de travail et de durs labeurs. À tous nos éclats de rires. Je vous dédie ce travail en mémoire de tout ce qu'on a traversé que nul ne comprendra mieux que vous. Que notre fraternité reste éternelle.

À tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur. À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de mon profond respect, ma reconnaissance et mon estime pour l'encouragement et l'aide qu'ils m'ont accordé.



REMERCIEMENTS



*À Notre Maître, Président de Thèse,
MONSIEUR LE PROFESSEUR MUSTAPHA EL HATTAOUI,
Professeur et chef de service de Cardiologie au CHU Mohammed VI
Marrakech,*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre sens
du devoir nous ont énormément marqués. Veuillez trouver ici
l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde
admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail
est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.*

*À Notre Maître, RAPPORTEUR DE Thèse,
MADAME LE PROFESSEUR SALOUA EL KARIMI,
Professeur de Cardiologie au CHU Mohammed VI Marrakech,
Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois. Par votre
rigueur, votre dynamisme et votre passion dans l'exercice de votre
métier, vous avez su me communiquer le désir d'offrir le meilleur de moi-
même. Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier la
responsabilité de ce travail. Je vous en remercie profondément. Je vous
suis très reconnaissant pour tout le temps et les sacrifices que vous avez
dû faire aux dépens de votre travail et de vos obligations, pour tous vos
efforts incomparables, pour toutes ces informations si précieuses,
gratuitement livrées, ainsi que pour vos encouragements inlassables, vos
conseils judicieux, et vos remarques hors-paires. Veuillez trouver ici, cher
maitre, le témoignage de ma vive gratitude, de mes sentiments les plus
distingués et de ma plus haute considération*

À Notre Maître, JUGE DE Thèse,

MADAME LE PROFESSEUR IMANE ADALI,

Professeur de Psychiatrie au CHU Mohammed VI Marrakech,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre simplicité avec laquelle vous m'avez accueilli. Votre présence constitue pour moi un grand honneur. De votre enseignement brillant et précieux, je garderai les meilleurs souvenirs. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Je vous remercie de votre gentillesse. Femme de grandes valeurs, vous nous avez toujours marqué par vos qualités professionnelles et humaines, ainsi que par votre grande bienveillance et humilité. Qu'il me soit ainsi permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Notre Maître, JUGE DE Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANASS FAKHRI,

Professeur D'Histologie-Embryologie-Cytogénétique au CHU Mohammed VI Marrakech,

Nous tenons à vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites de bien vouloir juger notre thèse. Vos qualités humaines et professionnelles font de vous un enseignant aimé par tous. Il nous est particulièrement agréable de vous exprimer ici notre profonde gratitude et nos respects les plus sincères.



FIGURES & TABLEAUX



Liste des figures :

- Figure 1** : Degré de satisfaction du début de l'entrevue médicale.
- Figure 2** : Avis concernant le recueil d'informations.
- Figure 3** : Exploration du contexte personnel du patient.
- Figure 4** : Echange d'informations.
- Figure 5** : Entente sur le diagnostic et la prise en charge.
- Figure 6** : Clôturer la consultation et proposer le maintien du contact.
- Figure 7** : Comportement non verbal.
- Figure 8** : Souhait d'une formation à la communication.
- Figure 9** : Moment souhaité pour la formation.
- Figure 10** : Taux de satisfaction selon le profil des étudiants interrogés.
- Figure 11** : Roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé.
- Figure 12** : Séminaire autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle assuré par la faculté de médecine de Marrakech.
- Figure 13** : Activité au centre de simulation de la faculté de médecine de Marrakech.

Liste des tableaux :

- Tableau I** : Caractéristiques des étudiants interrogés.
- Tableau II** : Les neuf constituantes de la communication regroupées en quatre métacatégories.
- Tableau III** : Thèmes et situations cliniques pour l'apprentissage de la communication
- Tableau IV** : Déroulement de l'enseignement à la communication médecin-patient



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations :

N S	: Non Satisfait
P S	: Peu Satisfait
S	: Satisfait
PEC	: Prise En Charge
EM	: Entretien Motivationnel
PNL	: Programmation Neuro-Linguistique
ARRR	: Attendre-Répéter-Reformuler-Résumer
NURSE	: Naming-Understanding-Respecting-Supporting-Exploring
SPIKES	: Setting-Perception-Invitation-Knowledge-Empathy-Strategy and summary
BAD	: Breaking bad News-Acknowledge patient's reactions- Develop plans for the near future
KISS	: Keep It Short and Simple
FMPM	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS & METHODES	5
I. Type d'étude	6
II. Objectifs	6
III. Étudiants	6
1. Critères d'inclusion	7
2. Critères d'exclusion	7
IV. Méthode de recueil de données	7
1. Recrutement des étudiants	7
2. Recueil de données	7
3. Présentation du guide d'évaluation	9
V. L'analyse des données	9
RESULTATS	11
I. Les résultats quantitatifs	12
1. Débuter l'entretien	12
2. Recueillir les informations	13
3. Explorer le contexte personnel du patient	13
4. Echanger l'information	14
5. Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge	14
6. Terminer la consultation	15
7. Le comportement non verbal	16
8. Souhait d'une formation à la communication dans la relation médecin-patient	16
9. Réponses des étudiants concernant le moment souhaité pour cette formation	17
10. Taux de satisfaction selon le profil des étudiants interrogés	18
II. Les résultats qualitatifs	18
1. Les bénéfices de l'évaluation via le guide de communication	19
2. Les propositions de modification du guide de communication	22
3. Les modalités de remplissage du guide de communication	23
DISCUSSION	25
I. Compétences communicationnelles en médecine	26
1. Généralités	26
2. Outils de communication	27
3. Techniques de communication	30
II. Enseignement de la communication en médecine	36
1. Méthode d'enseignement : modèle de la roulette combinatoire.....	36
2. Axes d'enseignement de la communication médecin-patient	38
III. Discussion des résultats	39
1. Résultats de l'étude	39
2. Enseignement de la communication médecin-patient à la FMPPM	48
IV. Forces et limites de notre étude.....	52
1. Forces de l'étude	52

2. Limites de l'étude	53
PROTOCOLE DE FORMATION A LA COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT.....	54
I. Première étape: Formation des formateurs.....	57
1. Axes de formation	57
2. Recommandations	59
II. Deuxième étape: Enseignement de la communication.....	60
1. Thèmes et situations cliniques	60
2. Déroulement de l'enseignement	65
III. Troisième étape: Evaluation.....	68
1. Evaluation formative	69
2. Evaluation sommative	69
CONCLUSION.....	71
ANNEXES.....	73
RESUMES.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....	87



INTRODUCTION



« La communication est inhérente à la vie humaine. Pour la réalisation de toute chose, à chaque instant, chaque jour, les êtres humains doivent communiquer ».[1]

La communication entre le médecin et le patient est une fonction clinique essentielle, qui permet de construire au fil des échanges la relation médecin-patient.

Cette communication a fortement évolué, elle a naturellement intégré les changements sociologiques et culturels majeurs intensifiés jusqu'à aujourd'hui, par la mondialisation. Ces changements, associés à la diffusion de la psychanalyse, sont les bases de la modification de la relation médecin-patient, transformant ainsi le modèle paternaliste, modèle originel, en une relation centrée sur le patient, décrivant ainsi un rééquilibrage des pouvoirs entre soignants et soignés et un meilleur partage dans la décision médicale.

Les droits du patient à une information de qualité sont garantis par la réaffirmation du secret médical et par le libre accès, par le patient, à son dossier médical. Le médecin doit à son patient une information claire, loyale et appropriée, et il se doit de chercher le consentement éclairé du patient. La relation médecin-patient évolue donc vers un modèle dans lequel le patient est responsabilisé et son autonomie est reconnue, obligeant le médecin à modifier sa façon de communiquer avec lui. C'est la traduction par la loi des modifications sociologiques, de la position du médecin dans la société. L'arrivée et le développement conjoint d'Internet, nouvelle source d'information et de communication, renforce l'évolution du modèle patriarcal vers une médecine qui soigne une maladie mais aussi et surtout un malade.

La désacralisation du médecin permet de mettre en évidence l'importance et l'impact de la communication dans la relation médecin-patient. Ce nouveau modèle de communication qui s'oppose au modèle biomédical, a pour fondements une écoute active du patient, un recueil des données via la formulation de questions ouvertes, l'expression de l'empathie vis à vis du patient en prenant en compte son vécu, ses croyances, ses représentations, ses craintes et émotions, et enfin plus de partage dans les décisions médicales.

La qualité de la relation médecin-patient est liée en grande partie à la qualité de la communication. Une bonne communication sera bénéfique pour le patient et pour le médecin.

Côté patient, il a été démontré : une meilleure satisfaction [2] [3], une meilleure adhésion et observance aux traitements [4], mais aussi une amélioration des résultats thérapeutiques et de ce fait, de la santé des patients [5].

Côté médecin, il a été noté également : une meilleure satisfaction [2] [3], une augmentation de l'efficacité avec notamment un temps de consultation mieux utilisé [6], une baisse des litiges[7] [8] et une diminution du burn-out. Tous ces avantages participent à une diminution du coût de la santé pour la société [9].

M. Balint met ainsi en évidence l'importance de la formation des praticiens à la communication et à la construction de la relation médecin-patient. Il est à l'origine des « groupes Balint », groupes de médecins qui se réunissent pour aborder un travail de réflexion et de formation sur la communication et la relation médecin-patient [10].

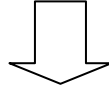
C'est dans ce sens et depuis 2015, que la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, a incorporé dans son programme d'études médicales un module de techniques de communication pour les étudiants de la première année.

Dans ce paysage en pleine mutation, il apparaît nécessaire d'évaluer les compétences en communication pour favoriser l'acquisition de compétences spécifiques. C'est dans cette dynamique que notre travail s'inscrit.

Afin de répondre à la question de notre étude : « Est-ce que l'évaluation de la communication médicale permet aux étudiants de faire le point sur leurs compétences communicationnelles ? », nous avons interrogé des étudiants en Médecine Générale de Marrakech.

L'objectif principal de cette thèse est :

- ✓ D'évaluer les connaissances des étudiants en matière de communication,
- ✓ Recueillir leurs opinions quant à l'utilité du guide d'évaluation de leurs compétences communicationnelles



Élaborer à partir de là, un **protocole de formation en communication médecin-patient**.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence l'intérêt de l'utilisation du questionnaire dans l'évaluation formative des étudiants.



MATERIELS & METHODES



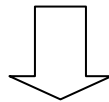
I. Type d'étude :

C'est une étude observationnelle descriptive et analytique par questionnaire auto-administré, réalisée entre Septembre 2020 et Mars 2021.

II. Objectifs :

➤ Principaux :

- Évaluer les connaissances des étudiants en matière de communication médecin-patient.
- Recueillir les opinions des étudiants quant à l'utilité du guide d'évaluation.



Élaborer un **protocole de formation en communication médecin-patient.**

➤ Secondaires :

- Mettre en évidence l'intérêt de l'utilisation du questionnaire dans l'évaluation formative des étudiants

III. Étudiants :

La population étudiée était les étudiants en 6^{ème} année, en 7^{ème} année et en instance de thèse, inscrits à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech au titre de l'année universitaire 2020-2021.

1. Critères d'inclusion :

- Étudiants en 6^{ème} année, en 7^{ème} année et en instance de thèse ayant validé leurs modules de médecine générale et ayant effectué individuellement des consultations dans les différentes structures de santé.

2. Critères d'exclusion :

- Étudiants n'ayant pas encore terminé leurs modules de médecine générale.
- Refus de participer à l'étude.

IV. Méthode de recueil de données :

1. Recrutement des étudiants :

Les étudiants ont été sollicités par différents moyens :

- Lors des stages hospitaliers
- Lors des séminaires organisés par la faculté.
- Par mail.
- Par téléphone.

2. Recueil de données :

Le recueil de données a été réalisé par le biais d'un guide d'auto-évaluation à la communication élaboré à partir de deux consensus qui font référence sur la communication médecin-malade : le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale, et The Kalamazoo Consensus Statement

Une fiche « discussion de la grille d'évaluation de la communication » faisait suite au questionnaire, reprenait les constatations: ce que les étudiants savaient faire, ce qui était difficile, ce qui méritait d'être travaillé et comment ils allaient le faire.

2.1. Le Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale :(Annexe 1)

Il a été mis au point en 1998, par l'équipe britannique de Silverman J et Kurtz S [11]. C'est un document exhaustif qui intègre 71 habiletés communicationnelles organisées autour de six tâches inhérentes à tout entretien médical : commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier, terminer l'entrevue.

Ce guide s'articule autour d'une structure élargie d'ensemble de compétences en communication destinées à la relation de soin en médecine, selon une approche centrée patient. Il s'agit d'un outil de référence dans la formation initiale de l'université de Cambridge au Canada et dans un grand nombre de pays tels que les Etats-Unis, l'Australie, l'Italie, l'Espagne, les Pays Scandinaves, l'Afrique du Sud, l'Argentine et la Grande -Bretagne où il est employé dans près de 60% des écoles médicales [12].

Le guide Calgary-Cambridge est un instrument de référence dans l'enseignement médical pour l'évaluation, l'apprentissage et la recherche en communication médicale [13].

2.2. The Kalamazoo Consensus Statement :

Il est issu de la Conférence Bayer-Fetzer sur la communication médecin-malade en éducation médicale, qui s'est déroulée en Mai 1999 à Kalamazoo, Michigan.

Ce consensus est né d'un travail de groupe composé de représentants de différentes universités et d'importantes organisations professionnelles d'éducation médicale Nord-Américaines et Canadiennes.

Pour rédiger le consensus, le groupe a utilisé « l'approche par tâche de communication » qui selon Makoul et Schofield [14] « préserve l'individualité des enseignants en les encourageant à développer un répertoire de stratégies et compétences permettant de répondre aux patients de manière flexible ».

De cette approche par tâche, est né un modèle qui décrit le déroulement d'une consultation médicale : construire la relation médecin-patient, ouvrir la consultation, collecter les informations, comprendre le point de vue du patient, partager les informations, parvenir à une entente sur le diagnostic et sur le traitement, et enfin clore la consultation.

Tout comme le guide de Calgary-Cambridge, ce consensus propose un cadre cohérent pour enseigner et évaluer les compétences communicationnelles.

3. Présentation du guide d'évaluation :

Il s'agit d'un questionnaire (Annexe 2) de trois pages, comportant vingt-six items répartis en sept parties, suivant le déroulement d'une consultation médicale.

Les six premières parties se rapportent aux six tâches communicationnelles traitées dans le Guide Calgary-Cambridge, et reprises dans le Kalamazoo Consensus. La septième, a été rajoutée afin de prendre en compte la communication non-verbale lors de l'entrevue médicale. Les vingt-six items correspondent à ceux développés dans le Consensus Kalamazoo, certains ont été reformulés afin de faciliter l'utilisation du questionnaire.

Les étudiants apprécient leur degré de satisfaction à l'égard des tâches communicationnelles avec une échelle d'accord de type Likert, contenant trois catégories d'appréciations :

Non satisfait Peu satisfait Satisfait

V. L'analyse des données :

Nous avons évalué à l'aide du questionnaire administré sept items de la communication médecin-patient, à savoir :

1. Débuter l'entretien
2. Recueillir les informations

3. Explorer le contexte personnel du patient
4. Echanger l'information
5. Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge
6. Terminer la consultation
7. Analyser le comportement non verbal

Ensuite, nous avons procédé à l'analyse des opinions des étudiants à l'aide de la fiche « discussion de la grille d'évaluation de la communication médecin-patient » (Annexe 3).

L'analyse des données a comporté deux volets :

- Une analyse statistique à l'aide du logiciel EXCEL
- Une analyse qualitative réalisée de manière inductive et analytique, idée par idée, ligne par ligne, puis chaque code a été réorganisé en une liste de catégories faisant émerger les sous thèmes puis les thèmes principaux.



RESULTATS



I. Les résultats quantitatifs :

120 questionnaires auto-administrés ont été remplis.

La population était composée de 75 femmes (62,5%) et 45 hommes (37,5%).

Il y avait 36 étudiants en 6^{ème} année (30%), 60 étudiants en 7^{ème} année (50%) et 24 étudiants en instance de thèse (20%).

Tableau I : Caractéristiques des étudiants interrogés.

Echantillon	120
Âge moyen	25 ans
Femmes	75 étudiantes / 62,5%
Hommes	45 étudiants / 37,5%
6 ^{ème} année	36 étudiants / 30%
7 ^{ème} année	60 étudiants / 50%
Instance de thèse	24 étudiants / 20%

1. Débuter l'entretien :

60% des étudiants ont été non et peu satisfaits d'avoir interrompu l'introduction du patient. (Figure1)

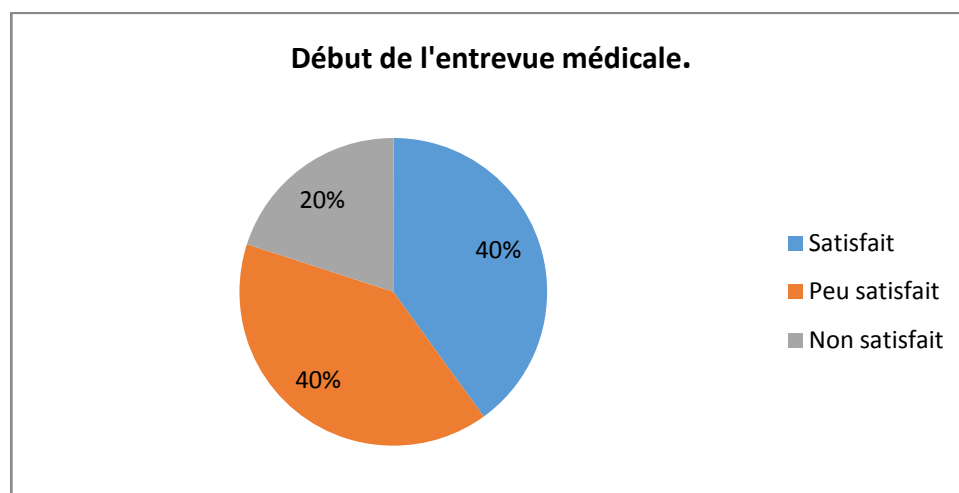


Figure 1 : Degré de satisfaction du début de l'entrevue médicale.

2. Recueillir les informations :

80% des étudiants ont été satisfaits du processus de recueil d'informations et d'avoir obtenu suffisamment de renseignements pour étayer le diagnostic. (Figure2)

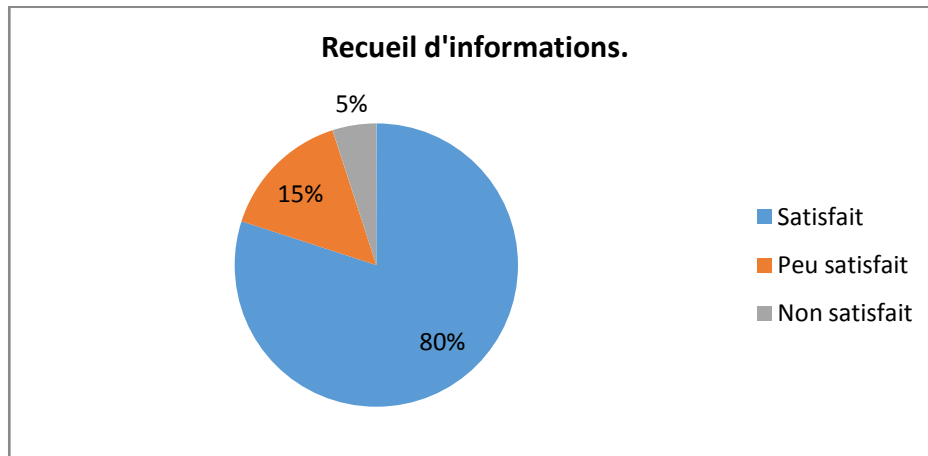


Figure 2 : Avis concernant le recueil d'informations

3. Explorer le contexte personnel du patient :

60% des étudiants ont été satisfaits de l'exploration du contexte personnel du patient, cependant, 40% se sont trouvés peu et non satisfaits de ne pas donner au patient la chance d'aborder ses attentes, inquiétudes et représentations...(Figure3)

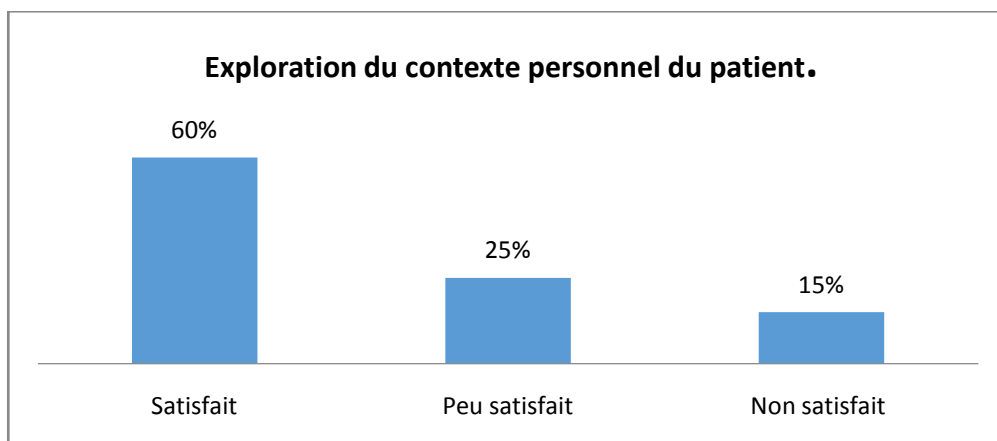


Figure 3 : Exploration du contexte personnel du patient

4. Echanger l'information :

60% des étudiants s'estiment satisfaits de tenir en compte la compréhension du patient et de l'encourager à poser des questions, toutefois, 40% se trouvent insatisfaits de l'emploi du jargon médical dans le processus de communication. (Figure4)

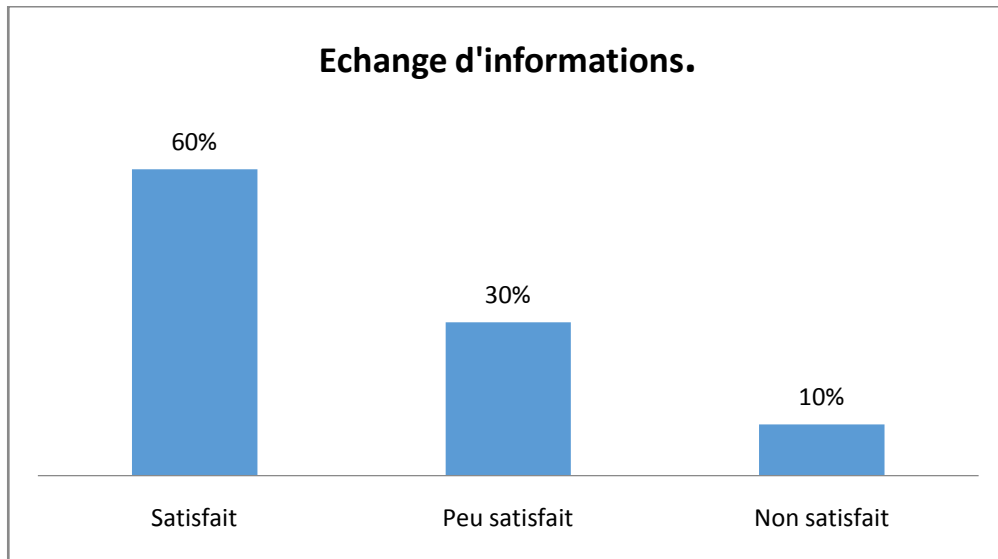


Figure 4 : Echange d'informations.

5. Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge :

80% se sentent peu et non satisfaits de pouvoir parvenir à une entente sur le diagnostic et la PEC :

- Le déni du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre.
- Ne pas envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives.
- Manque de discussion de la position du patient, ses préférences au sujet des options possibles... (Figure 5)

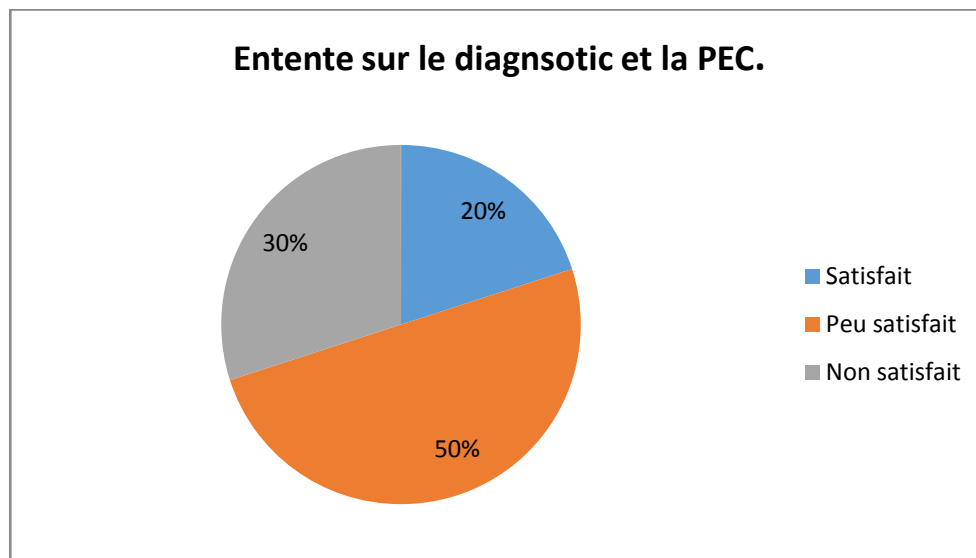


Figure 5 : Entente sur le diagnostic et la PEC.

6. Terminer la consultation :

60% ont été peu et non satisfaits de ne pas vérifier l'accord du patient avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations. (Figure 6)

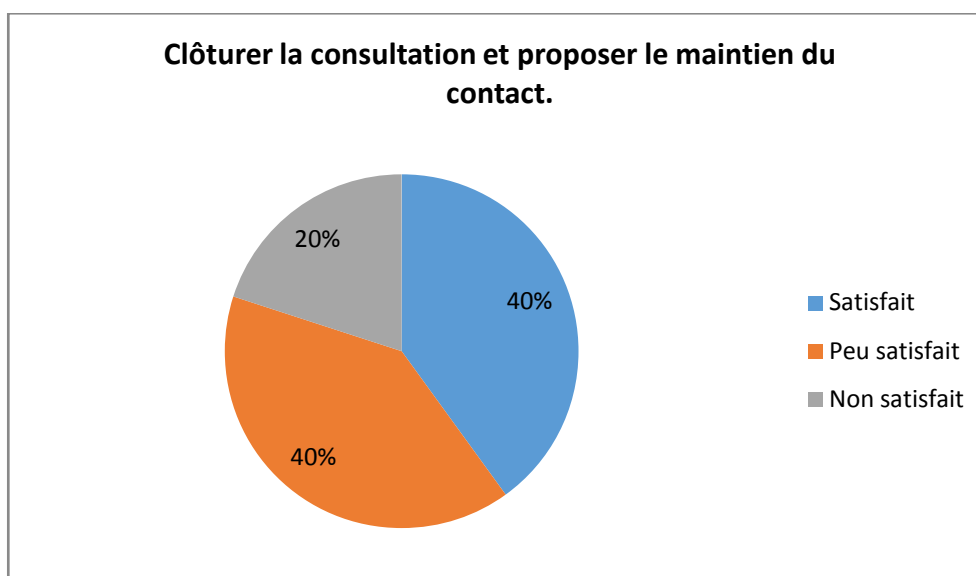


Figure 6 : Clôturer la consultation et proposer le maintien du contact.

7. Le comportement non verbal :

60% des étudiants se trouvent insatisfaits de leur comportement non verbal, plus précisément :

- De leurs postures
- Indices vocaux
- De la façon d'utiliser le dossier médical qui peut gêner la communication. (Figure 7)

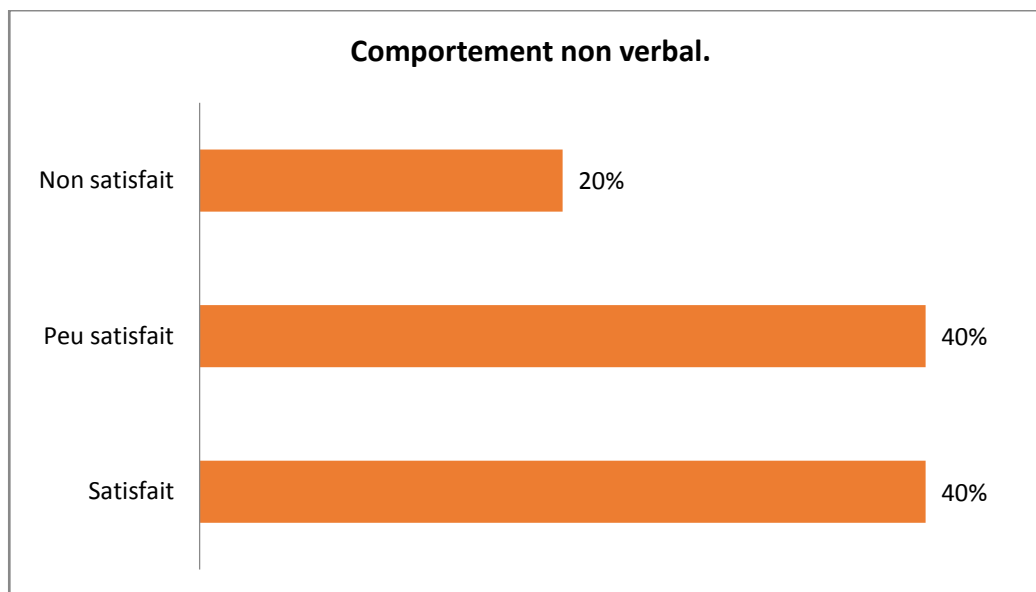


Figure 7 : Comportement non verbal

8. Souhait d'une formation à la communication dans la relation médecin-patient :

La majorité des étudiants répondants (80%) était favorable à une formation à la communication dans la relation médecin-patient. (Figure 8)

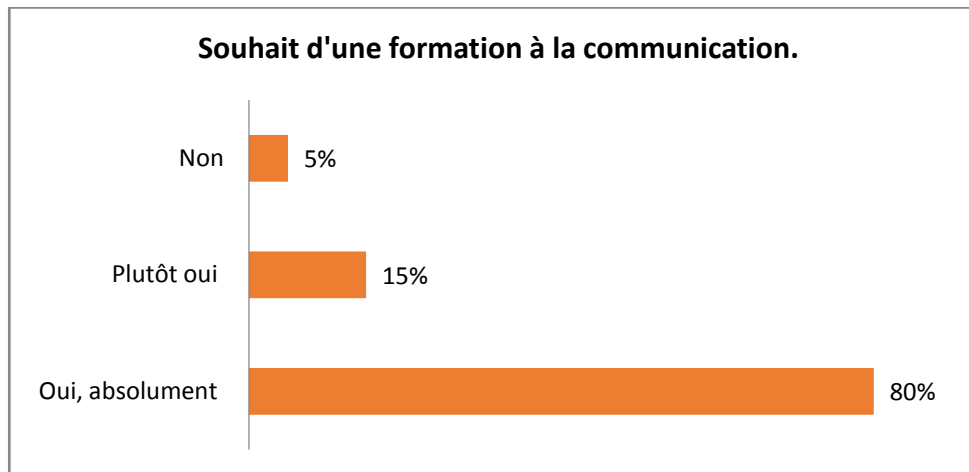


Figure 8 : Souhait d'une formation à la communication.

9. Réponses des étudiants concernant le moment souhaité pour cette formation :

52% des étudiants souhaitaient une formation à la communication à partir du 2^{ème} cycle, en formation médicale continue. (Figure 9)

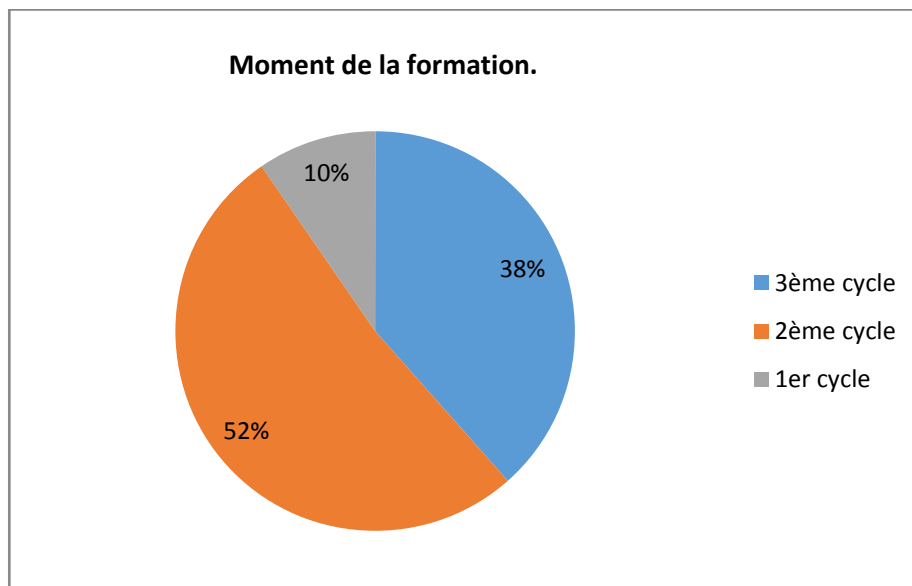


Figure 9 : Moment souhaité pour la formation

10. Taux de satisfaction selon le profil des étudiants interrogés :

Les étudiants en 6^{ème} année ont exprimé un niveau de satisfaction favorable (83,33%) par rapport aux étudiants en 7^{ème} année (46,66%) et en instance de thèse (45,83%).

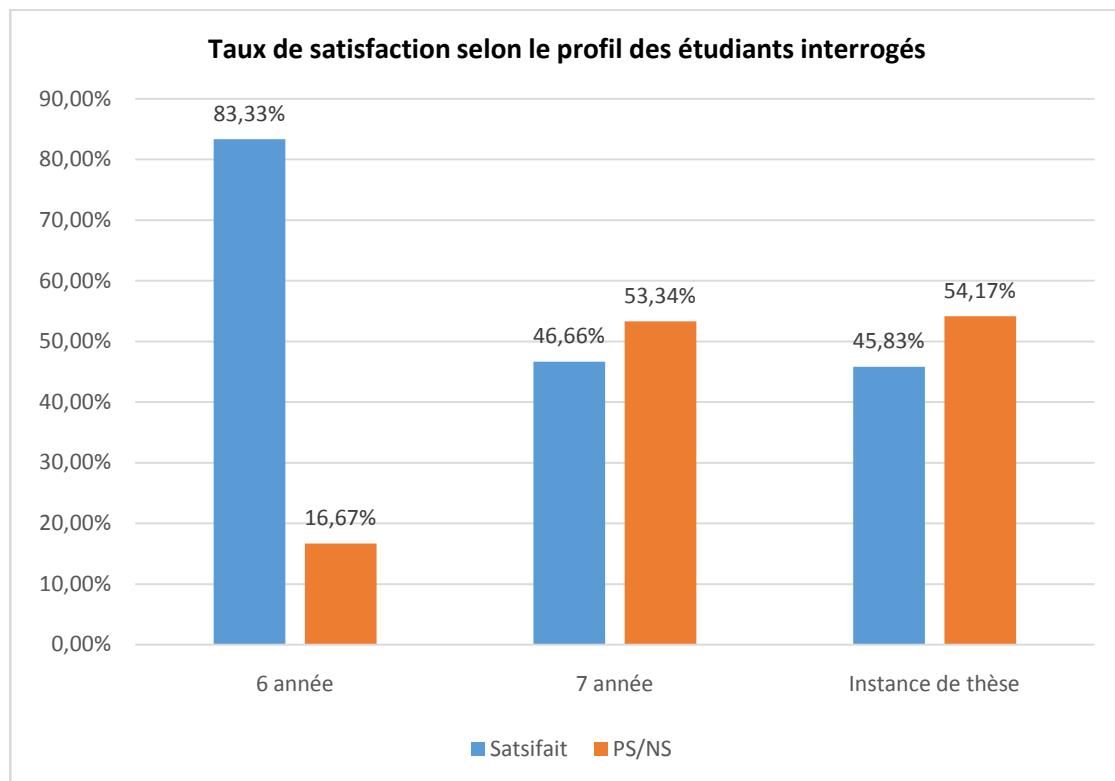


Figure 10 : Taux de satisfaction selon le profil des étudiants interrogés.

II. Les résultats qualitatifs :

Une fiche « discussion de la grille d'évaluation de communication médecin-patient » a été distribuée lors de la collecte des données qui s'est déroulée en direct et par téléphone, afin de recueillir les opinions des étudiants quant à l'utilité du guide d'évaluation.

On peut rappeler qu'avec cette méthode d'analyse qualitative, une donnée a la même valeur qu'elle soit exprimée une seule ou plusieurs fois.

1. Les bénéfices de l'évaluation via le guide de communication :

1.1. La prise de conscience :

L'utilisation du guide d'auto-évaluation a tout d'abord permis aux étudiants de prendre conscience de leur mode de communication au cours des entrevues médicales, notamment :

a. Des difficultés de présentation auprès des patients :

Certains étudiants se sont rendus compte que leurs statuts d'étudiants engendraient des difficultés de présentation :

« Je me rends compte que j'ai des progrès à faire sur ma présentation, se présenter correctement en expliquant mon statut d'étudiant en 7^{ème} année est un point à améliorer pour éviter les confusions et permettre aux patients de parler librement. »

b. De leur capacité d'écoute :

Les étudiants ont pris conscience qu'ils ne laissaient pas libre champ à l'expression du patient :

« J'ai tendance à vouloir couper la parole aux patients lors de leurs récits et surtout s'ils s'attardent sur des détails ».

« Je constate grâce à l'évaluation que je ne laisse pas assez le patient s'exprimer, (...), j'oriente le dialogue mais je coupe facilement la parole au patient ».

c. Du mode de questionnement du patient :

Plusieurs étudiants ont remarqué par le biais de cette évaluation, qu'ils posaient essentiellement des questions fermées et pas ou peu de questions ouvertes :

« Je constate grâce à l'évaluation que je ne laisse pas assez le patient s'exprimer, en fait je pose beaucoup de questions fermées ».

d. De l'emploi du jargon médical :

Certains étudiants ont constaté qu'ils employaient des termes médicaux lors des entretiens. Cependant ils ont rencontré des difficultés à adapter ce type de langage aux patients :

« Il faut que je simplifie mes explications en évitant les termes médicaux, plusieurs patients m'ont déjà demandé de réexpliquer avec d'autres termes »

1.2. L'impact sur la pratique :

Cette prise de conscience a permis aux étudiants de modifier la pratique de la médecine au quotidien, sur le fond comme sur la forme :

a. Structurer l'entretien :

Pour beaucoup d'étudiants, le remplissage du guide a permis de mieux structurer le déroulement des entretiens médicaux :

« Depuis que j'ai fais l'évaluation je suis beaucoup plus exigeant avec moi-même, je m'applique à mieux organiser mon entretien »

b. Une attention particulière à la communication non-verbale :

L'évaluation via le guide a provoqué auprès de la plupart des participants un réajustement de leur communication non-verbale :

b.1. Indices vocaux :

« Je constate que j'ai maintenant l'habitude d'adapter les indices vocaux au patient. »

« Je suis plus détendue lors de mes entretiens afin de parler plus calmement et améliorer mon élocution. »

b.2. Manière d'utiliser le dossier médical papier :

« Il est important que je consulte le dossier médical avant de voir le patient, et qu'une fois face à lui je le pose pour qu'il n'y ait plus cette barrière entre nous »

b.3. Contact visuel :

« Je me sers uniquement d'un support papier sur lequel je prends le moins de notes possibles pour ne pas interrompre le contact visuel ; une fois sorti de la chambre, je consigne dans le dossier informatique tout ce qui a été appris dans l'entretien. »

c. Une approche centrée sur le patient :

Pour beaucoup d'étudiants, l'utilisation du guide de communication a permis par la suite d'aborder les entretiens cliniques différemment en s'efforçant d'adopter une approche centrée sur le patient et pas seulement sur la maladie :

c.1. Reformulation :

« Je me suis appliquée à prendre plus de temps pour m'assurer que le patient avait bien compris les informations que je lui avais transmises, par exemple à l'aide de reformulations, en utilisant son propre vocabulaire »

c.2. Encourager l'expression du patient :

« Je laisse plus de place à l'expression du patient en l'encourageant à poser des questions sans gêne. »

c.3. Intérêt porté au ressenti et représentation du patient :

« Moi, j'ai remarqué que je m'intéressais plus au patient dans sa globalité en attachant plus d'importance au ressenti et aux représentations du patient »

c.4. Recueillir les attentes du patient :

« Analyser plus les réactions des patients pendant mes entretiens, être plus attentif à ses attentes »

c.5. L'utilisation de questions ouvertes :

« À présent, j'essaie de questionner le patient avec plus de questions ouvertes »

c.6. Inclure le patient dans la décision médicale :

« Je consulte davantage le patient concernant sa prise en charge, j'essaie de le faire participer aux décisions médicales le concernant ».

1.3. L'émergence d'un besoin de formation en communication :

La majorité des étudiants interrogés dans cette étude était d'accord pour dire que le remplissage de ce guide leur a donné envie de «compléter» leur formation en communication :

« Il me paraît essentiel de continuer à me former dans ce domaine »

Les étudiants ont exprimé également un besoin de formation en communication pour des situations cliniques qu'ils ont défini comme « complexes », notamment lors de « situations conflictuelles » et « l'annonce de diagnostic grave, voire l'annonce de décès »

2. Les propositions de modification du guide de communication :

2.1. Items à reformuler :

Quelques étudiants n'ont « pas compris le sens de certaines questions » notamment l'item : «annoncer le déroulement de la consultation» et ils ont proposé de le rendre plus précis et exploitable en le remplaçant par « expliquer le déroulement de l'entretien ».

2.2. Items à regrouper :

Des étudiants proposent de regrouper certains items définis comme « redondants » :

« Certaines questions semblent quasi identiques, pas facile de voir la nuance entre chaque question».

a. Par exemple :

Regrouper l'item « permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentation » avec l'item « accueillir le point de vue et émotions du patient et fournir du soutien » en quelque chose de plus général du type « avez vous fait preuve d'empathie? ».

2.3. Item manquant :

Des participants nous ont fait remarquer l'absence d'un item sur la communication pendant l'examen clinique. Selon eux, la place de la communication pendant l'examen est importante, ils ont donc préconisé de l'intégrer dans le guide.

« Le guide ne développe pas la façon de communiquer pendant l'examen, or une grande partie de la communication se fait lors de l'examen clinique ».

3. Les modalités de remplissage du guide de communication :

3.1. Moment choisi pour l'évaluation :

Une minorité d'étudiants interrogés a émis des questionnements concernant le « facteur temps ».

Ils ne savaient pas à quel moment du stage ils devaient remplir le guide afin que cette évaluation soit la plus formatrice :

« On ne nous dit pas si on doit le remplir au début, milieu ou fin de stage ».

Toutefois, l'analyse des données a révélé que la plupart des étudiants s'évaluait en fin de stage :

« Je préfère le remplir à la fin du stage, les premiers mois d'un nouveau stage c'est difficile de bien le faire, on a tellement de problèmes à gérer ! Il nous faut du temps pour prendre nos marques dans le service. »

3.2. Référentiel de l'évaluation :

En plus du moment de l'évaluation, s'est posée la question du référentiel de l'évaluation, à savoir si l'étudiant devait s'évaluer sur « une consultation, 5 consultations ou sur la période du stage ».

Cela a semblé être un élément important à préciser pour un étudiant quant à la comparabilité de tous ses guides.

Toutefois, la majorité d'entre eux a rempli le guide en se référant à un seul entretien médical.

3.3. Choix du patient :

La plupart des internes a déclaré ne pas avoir choisi le patient sur qui s'évaluer :

« Je ne l'ai pas rempli sur une consultation choisie, je le fais sur un patient au hasard ».

D'autres, ont choisi l'entretien sur lequel ils se sont évalués en remplissant le guide « a postériori en se replongeant sur un entretien marquant du stage ».

3.4. Modalités d'évaluation :

L'analyse des données a révélé une forte disparité dans le mode d'évaluation.

Les étudiants se sont évalués de deux manières différentes :

a. Le Remplissage seul - l'Auto-évaluation :

La majorité des étudiants interrogés a rempli seuls le guide de communication :

« Seule au calme, juste après l'entretien avec le patient ».

« Je l'ai rempli à la maison, je repense à une consultation patient récente et qui m'a marqué et je replonge dans ce que j'ai pu faire ».

b. Le remplissage par une tierce personne - l'Hétéro-évaluation

Certains étudiants ne se sont pas auto-évalués ; ils ont fait directement remplir le guide par une tierce personne ayant assisté à l'entretien puis ont en discuté ensemble :

« Mon binôme m'a rempli mon guide et moi le sien. On a été franc et c'était intéressant d'en discuter. »



DISCUSSION



I. Compétences communicationnelles en médecine :

1. Généralités :

Selon M.T.Lussier et C.Richard, "la communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public. La communication en médecine comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations, et le développement d'une relation." [15]

1.1. Composantes de la communication :

La communication est la fusion de deux volets : communication verbale et communication non verbale

a. Communication verbale :

La communication verbale passe par l'intermédiaire de mots, qui sont en général véhiculés par l'expression orale.

Les bases de la communication orale avec un patient nécessitent des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettront à la communication de s'établir de la manière la plus satisfaisante possible dans les deux sens.

Dans un entretien médical, il y'a des temps d'écoute où le médecin laisse parler le patient, des temps d'interrogatoires plus dirigistes où le médecin a besoin de préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans tous ces différents temps de la communication orale médecin/patient, il faut absolument que le médecin adapte son langage c'est-à-dire les mots qu'il utilise au niveau socioculturel du patient, et donc en essayant d'utiliser les mots les plus simples du langage lorsque cela est possible.

Ces niveaux de compréhension et ces niveaux socioculturels sont différents d'un patient à l'autre et le médecin doit s'adapter en permanence.

b. Communication non verbale :

La définition la plus large du non verbal est un mode de communication qui n'a pas recours aux mots.

La communication non verbale et le paralangage englobent les silences, gestes, postures, expressions faciales, ton de la voix, rythme de l'élocution, vêtements, coiffure, environnement.

Ils complètent le message auditif.

Elle exprime les émotions, les sentiments, les valeurs.

Cette communication renforce et crédibilise le message verbal lorsqu'elle est adaptée, mais peut décrédibiliser ce même message si elle est inadaptée.

Autant dire que le médecin doit maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il doit adresser à son patient.

A l'opposé le patient qui s'adresse à un médecin le fait avec son langage, avec sa problématique, avec ses bases socioculturelles, son angoisse. De ce fait, il n'exprime pas toujours par les mots la réalité de sa plainte ou de sa souffrance.

Le médecin doit donc tenir compte de ces éléments pour écouter, interpréter, décoder le langage du patient et saisir à un moment ou à un autre de l'entretien ce qui paraît être la demande forte du patient. Il est bien connu que certaines demandes, certaines plaintes ne sont exprimées que tout à fait à la fin d'une consultation, et il faut savoir les entendre, ne pas les minimiser, et les prendre en compte.

2. Outils de communication :

Si chacun possède des capacités relationnelles qui vont s'améliorer avec le temps et l'expérience, il faut bien admettre qu'il existe des méthodologies d'entretien et des outils de

communication, qui s'enseignent et s'évaluent, pour permettre l'acquisition de vraies compétences, au service d'une bonne communication. Parmi ces outils :

2.1. Entretien motivationnel :

L'EM est une approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement. L'ambivalence, hésitation dans le choix entre deux ou plusieurs options, est considérée comme un frein puissant à la décision de changer.

Une personne qui se sent comprise est davantage disposée à s'ouvrir et à partager ses expériences, ce qui nous permettra de nous représenter quelles sont ses ressources et ses besoins d'apprentissage face au processus de changement.

L'efficacité de cette technique de communication a été scientifiquement démontrée. Des méta-analyses et revues récentes montrent son application en soins primaires dans le sevrage au tabac, à l'alcool et aux autres substances, pour la perte de poids, la réduction de la tension artérielle ou encore l'observance du traitement du VIH ou de l'asthme. [16][17]

Principes de l'EM :

- Exprimer l'empathie
- Rouler avec la résistance
- Développer les divergences
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle

2.2. Ecoute active :

Cette technique a été développée par le psychologue américain Carl Rogers, l'initiateur des techniques non-directives. [18] Cette approche se caractérise par la manifestation d'un respect et une confiance douce et empathique envers l'interlocuteur, pour qu'il puisse lâcher ses défenses, se sentir en sécurité et puisse délivrer ses secrets les plus intimes dans la thérapie. [19]

L'écoute active est une technique de communication qui consiste à utiliser le questionnement ouvert et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris le message de son interlocuteur et de lui signaler que nous l'écoutons avec attention et bienveillance.

Les 4 temps de l'écoute active : celui de l'écoute, de la clarification, de l'investigation et de la reformulation.

2.3. Empathie :

L'empathie est définie comme «la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et émotions ». C'est donc la capacité de « comprendre la vie intérieure d'autrui » [20] alors que l'idée général de l'empathie est «se mettre à la place de ».

L'empathie nécessite « une acceptation du mode de pensée de l'autre, une acceptation sans jugement de ce que le soignant va entendre, observer et percevoir de son patient » [20]. Le patient se sent alors compris et en confiance. L'absence de jugement améliore l'estime du patient et lui permet de dépasser ses limites. De plus, la verbalisation des émotions, des sentiments participe à la compréhension du patient vis-à-vis de ses difficultés.

2.4. Notion de Mirroring :

- **Mirroring verbal** [21]: il va consister à mimer le langage du patient. C'est une stratégie de communication qui comporte 3 axes :

- Adaptation au niveau linguistique de l'interlocuteur : être compris et se faire comprendre par un langage accessible et honnête permet d'engendrer la confiance mutuelle nécessaire à la conduite du soin.
- Repérage de certains mots utilisés préférentiellement par le sujet : le patient communique et adhère d'autant mieux à la relation quand ses propres mots sont repris. Si le soignant utilise les mots du patient, celui-ci perçoit dès lors qu'il est entendu, compris.

- La reformulation : une des bases de la stratégie d'une meilleure relation. Une étude randomisée, faite lors de consultations chez le médecin généraliste en ville au Royaume-Uni a montré que le fait de reprendre le vocabulaire du patient plutôt que le terme médical diminue le stress et renforce la satisfaction de l'entretien et l'observance thérapeutique.
- **Mirroring non verbal** [21]: consiste à imiter les gestes du patient. Cet outil permet d'envoyer un message au patient : « je suis en phase avec vous ». Ce message est rassurant. Cela aide également à mieux comprendre le patient, ses messages, mieux intégrer ses émotions.

3. Techniques de communication :

En s'appuyant sur les outils de communication déjà cités, plusieurs techniques de communication ont été avancées et constituent actuellement des références solides dans le domaine de communication médecin-patient.

3.1. Guide Calgary-Cambridge :

Le guide Calgary-Cambridge est un instrument de référence dans l'enseignement médical pour l'évaluation, l'apprentissage et la recherche en communication médicale.

Le guide s'articule autour de six tâches inhérentes à tout entretien médical : commencer l'entrevue, recueillir l'information, structurer l'entrevue, construire la relation, expliquer et planifier, terminer l'entrevue.

3.2. Programmation neurolinguistique en médecine :

La PNL est une thérapie brève qui regroupe un ensemble de techniques de communication et de transformation de soi. [22]

« Programmation » met en évidence l'existence d'automatismes, d'apprentissages. « Neuro » fait référence au rôle de notre système nerveux dans la création, l'évolution de nos programmes. « Linguistiques » souligne la place du langage et du non-verbal dans nos programmes.

Elle permet d'améliorer la communication entre les individus et de les aider à s'améliorer personnellement. Les champs d'application de cette thérapie sont nombreux et elle est aujourd'hui utilisée pour aider des personnes dans différents domaines : santé, coaching, management, négociation, médiation, sport, développement personnel, relation d'aide, pédagogie ou apprentissages de toute nature.

Les Américains R.Bandler et J.Grinder en sont à l'origine. Ils mettent en avant l'existence de différents canaux sensoriels. [23]

Il semble que chacun d'entre nous possède un mode de communication privilégié et que la façon dont chacun s'exprime en est le reflet :

- Sujets plutôt visuels : préféreront s'exprimer en favorisant les images
- Sujets plutôt auditifs
- Sujets plutôt kinesthésiques (toucher, mouvement)

Le repérage du canal sensoriel préférentiel chez un interlocuteur favorise l'entrée en communication.

Par l'observation du langage non verbal et du langage verbal il est alors possible de l'appréhender.

3.3. Technique ARRR :

La technique **ARRR** [24] désigne en réalité quatre techniques centrées sur le patient : Attendre, Répéter, Reformuler, Résumer. Les trois premières ouvrent la discussion et la maintiennent. La dernière permet de contrôler la qualité de la relation et de structurer le déroulement de la consultation.

La phase d'**attente** se base sur les silences vus précédemment. Il faut les estimer, les analyser pour déterminer s'ils sont vrais ou faux. Dans ce modèle, les pauses qui durent jusqu'à trois secondes ne sont pas considérées comme dérangeantes. En revanche, l'attention du médecin doit être portée vers le patient. L'attente permet de laisser le patient réfléchir et donc de s'impliquer dans la consultation. Les pauses permettent également de donner un sens à certains propos aussi bien pour le patient que pour le praticien.

Une attitude empathique de compréhension suivie directement d'une question n'a pas la même portée empathique qu'avec une pause entre les deux phrases.

La phase de **répétition** se base sur la reformulation en écho. Elle permet de relancer la discussion, d'affiner les informations données par le patient.

La phase de **reformulation** se base sur la reformulation de manière globale.

La phase de **résumé** permet au praticien de vérifier qu'il ait bien compris le patient. C'est une forme de synthèse des informations données. Le praticien devient émetteur et le patient récepteur. Par ailleurs, nous pouvons insister sur certains points pour montrer l'écoute active que nous avons eu durant les premières phases.

3.4. Gestion des émotions : Modèle NURSE

L'acronyme **NURSE** [24] dissimule cinq techniques pouvant se révéler utiles pour gérer les émotions d'un patient :

- **Naming**: nommer les émotions
- **Understanding** : dans la mesure du possible, exprimer de la compréhension pour ces émotions
- **Respecting** : exprimer du respect ou de la reconnaissance pour le patient
- **Supporting** : apporter son soutien au patient
- **Exploring** : investiguer d'autres aspects propres aux émotions

Le fait de mettre un nom sur l'émotion (**Naming**) consiste à reformuler : le sentiment éprouvé par le patient est nommé tel qu'il est perçu. Cette étape n'est pertinente que lorsque le patient n'a pas déjà exprimé lui-même ses sentiments. Par exemple, si le patient dit : « *J'ai terriblement peur d'avoir quelque chose de grave* », il apparaît inutile que le médecin répète ses propos.

Une fois l'émotion exprimée, il s'agit pour le médecin d'évaluer s'il l'a bien comprise. Si tel est le cas, l'**Understanding** constitue alors une intervention tout à fait salutaire où le médecin montre de façon prototypique toute son estime pour le patient et son vécu.

Tout particulièrement dans les cas où des patients relatent des situations de vie difficiles, il est toujours possible de valoriser les efforts qu'ils déploient pour s'en sortir. L'interaction type qui suit montre comment le médecin manifeste du respect à l'égard du patient (**Respecting**) :

La patiente a perdu son mari il y a six mois, elle est triste et pleure lorsqu'elle évoque cette perte. Elle raconte ensuite qu'elle a commencé un cours de langue, car elle envisage de faire un séjour en Andalousie avec son amie dans quelques mois. Elle conclut par la remarque suivante :

La patiente: « *On verra si je peux utiliser les connaissances d'espagnol acquises dans ce cours.* »

Le médecin : « *Cette période est certainement très difficile pour vous. [Exprimer l'émotion]. Mais je trouve formidable que vous ayez pris l'initiative d'apprendre une nouvelle langue.* »

Le **Supporting**, c'est-à-dire l'offre de soutien, ne constitue pas, à proprement parler, une technique de communication, mais renvoie à la disposition naturelle d'aider une personne en détresse et cette offre de soutien prend un caractère professionnel quand elle est mentionnée sans être directement mise en œuvre.

La dernière technique est l'investigation des sentiments :**Exploring**. Cette investigation est particulièrement conseillée lorsque le médecin ne connaît pas l'état émotionnel de son patient. Il perçoit qu'il y a quelque chose, mais ne dispose pas d'assez d'informations ou ne

perçoit pas son état émotionnel de manière assez précise pour nommer les émotions de celui-ci (Naming: reformulation).

3.5. Annnonce d'une mauvaise nouvelle :

Dans la littérature scientifique concernant les entretiens médicaux, il n'existe guère de situations ayant fait l'objet d'autant de recherches que l'annonce de mauvaises nouvelles. Le modèle d'enseignement et d'apprentissage le plus connu est **SPIKES** [25] :

- Setting
- Perception
- Invitation
- Knowledge
- Empathy
- Strategy and summary

On peut toutefois se demander si un modèle aussi complexe est transposable à la pratique clinique quotidienne. Tout particulièrement le deuxième point, Perception, est discutable (« *Avez-vous une idée de ce dont nous allons discuter ensemble aujourd'hui ?* »), car il pourrait tourmenter inutilement le patient. Il peut être pertinent de recueillir au préalable les attentes et les craintes du patient, lorsque, par exemple, l'oncologue ignore si le patient sait que la discussion va porter sur un résultat d'analyse critique.

La manière de procéder qui suit tient davantage compte de la réalité clinique ; elle inclut également les techniques de base de la communication s'agissant de structurer l'entretien, de transmettre des informations et de gérer les émotions. L'acronyme **BAD** décrit cette procédure: **B** pour Breaking bad news, **A** pour Acknowledge patient's reactions, et **D** pour Develop plans for the near future. Chacune de ces trois étapes concerne des points précis :

a. Breaking bad news

Que faut-il que je sache ? Avant que le médecin ne fournisse une information, il doit s'informer lui-même.

Que sait le patient? Dans les cas où le médecin intervient pour la première fois en tant que spécialiste, il est conseillé de demander au patient : « *Pouvez-vous me dire brièvement ce que vous savez de votre maladie?* » avant d'annoncer la mauvaise nouvelle. Les connaissances qu'ont les patients de leur maladie ne correspondent pas toujours à ce que les collègues croient.

Annoncer « *Je suis désolé...* ». L'annonce permet de focaliser l'attention du patient sur ce qui va suivre. Parfois le patient anticipe la mauvaise nouvelle : « *La tumeur est revenue ?* »

KISS : Keep It Short and Simple La plupart des mauvaises nouvelles peuvent être annoncées brièvement et avec simplicité. Les médecins qui parlent beaucoup et utilisent un langage compliqué, satisfont davantage leurs propres besoins que ceux des patients.

Attendre Après l'annonce d'une mauvaise nouvelle, il importe de faire une pause pour permettre au patient de réagir et d'exprimer ses besoins immédiats. Ce moment est souvent difficile à supporter pour les médecins.

b. Acknowledge patient's reactions

En fonction de la réaction du patient, le médecin répondra plutôt à ses émotions ou à son besoin d'informations.

Pour gérer les émotions, la technique NURSE est recommandée.

Pour répondre au besoin d'informations du patient, se reporter aux techniques de transmission d'informations.

Pas de réconfort précoce ! Le réconfort est important lorsqu'il exprime de la compassion et qu'il est porteur d'espoir. Si le réconfort est apporté précocement, les patients se trouvent privés du temps nécessaire pour prendre conscience des raisons de leurs inquiétudes et de leurs peurs ainsi que pour identifier les informations dont ils ont besoin dans l'immédiat.

c. Develop plans for the near future

Quelles sont les prochaines étapes ? Le patient doit être informé des prochaines étapes, par exemple : « *En premier lieu, il faut opérer. Nous déciderons ensuite des démarches à entreprendre en fonction des résultats.* »

Puis-je compléter la mauvaise nouvelle par une bonne nouvelle ? Exemple : « *Les traitements que je vous propose sont très invasifs, mais notre but est de vous guérir* »

Quand nous revoyons-nous ? Fixer un rendez-vous et assurer sa disponibilité en cas d'urgence.

II. Enseignement de la communication en médecine :

1. Méthode d'enseignement : modèle de la roulette combinatoire

La roulette combinatoire de M.T. Lussier et C. Richard [15] est un outil pédagogique combinant les différentes facettes de la communication et les multiples situations professionnelles que le praticien rencontre. Elle regroupe les composantes générales d'une consultation, que l'on retrouve dans le guide Calgary-Cambridge; et les différentes caractéristiques spécifiques au patient, à la maladie, à une consultation.

Le principe général d'organisation des contenus dans cette représentation est de placer en son centre les concepts les plus généraux et abstraits et d'évoluer vers les concepts les plus spécifiques et concrets en périphérie.

Ainsi, les deux fonctions qui définissent toute communication, c'est-à-dire échanger de l'information et entrer en relation, sont placées au centre de la figure, alors que d'autres contenus, se retrouvent vers l'extérieur de la roulette. (Figure 11)

Évaluation de la communication étudiant-patient dans la pratique médicale : vers l'élaboration d'un protocole de formation des étudiants en médecine dans la communication médecin-patient.

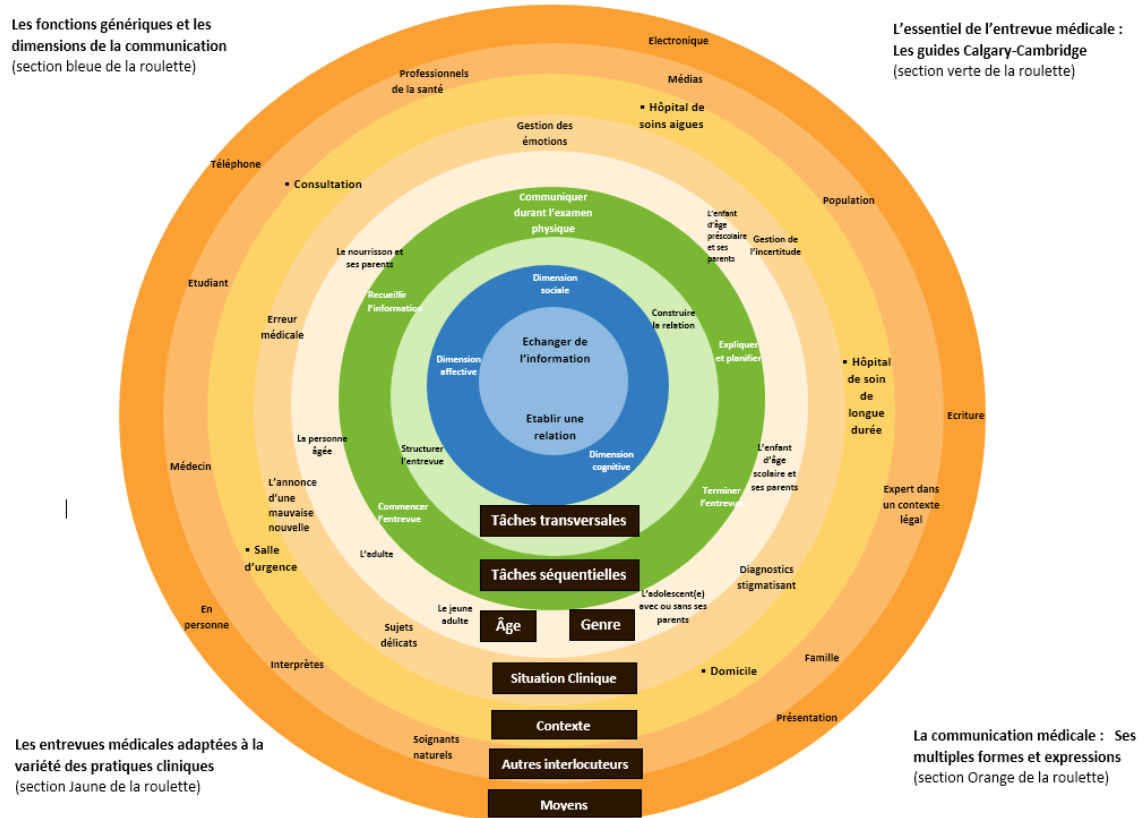


Figure 11 : Roulette combinatoire de la communication professionnelle en santé

Elle comporte neuf cercles distincts, chacun représentant une constituante de la communication. Ces constituantes sont regroupées en quatre métacatégories.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des métacatégories et leurs constituantes.

Tableau II: Les neuf constituantes de la communication regroupées en quatre métacatégories.

Métacatégorie	Titre	Cercles correspondants	Constituantes
1 (Bleu)	Les fonctions génériques et les dimensions de la communication	1.	- Echanger information - Etablir une relation
		2.	- Dimension cognitive, affective et sociale
2 (Vert)	L'essentiel de l'entrevue médicale : Les guide Calgary-Cambridge	3.	- Les tâches transversales
		4.	- Les tâches séquentielles
3 (Jaune)	Les entrevues médicales adaptées à la variété des pratiques cliniques	5.	- Age et genre
		6.	- Situation clinique
		7.	- Contextes ou milieux de soin
4 (Orangé)	La communication médicale : ses multiples formes et expressions	8.	- Autres interlocuteur
		9.	- Moyens

2. Axes d'enseignement de la communication médecin-patient :

Certaines situations cliniques sont souvent mises en avant dans la formation à la communication médecin-patient comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Mais il s'agissait là de proposer d'autres sujets qui peuvent également poser un problème aux étudiants.

Le tableau ci-dessous propose un ensemble de thèmes cliniques utiles dans l'apprentissage de la communication médecin-patient.

Tableau III : Thèmes et situations cliniques pour l'apprentissage de la communication

Thèmes ou tâches de l'atelier	Situations cliniques pour les aborder
Le survol des raisons de consultation	Le médecin veut aborder diabète et lipides; le patient : parler de son arthralgie, sa fatigue, son lecteur de glycémie.
La notion des agendas (objectifs) du patient / du médecin	Le médecin veut prescrire un médicament pour l'hypertension. Le patient hypertendu se sent bien, veut des conseils « naturels » et craint le « chimique ».
L'exploration de la perspective du patient	Patient avec un lymphome (stade précoce) qui refuse la chimiothérapie.
Le soutien à l'observance	Le patient reçoit une première ordonnance pour traiter son taux de cholestérol élevé.
La gestion des émotions	Un patient est nettement en colère au sujet du retrait médical de son permis de conduire une automobile.
L'annonce d'une mauvaise nouvelle	Le médecin doit informer une patiente du résultat positif de sa biopsie du sein (cancer).
Dire non à un patient	Le patient croit nécessaire un arrêt de travail que le médecin juge non justifié.
Le dévoilement de soi	Le patient demande à son médecin si elle est mariée, combien elle a d'enfants...
L'empathie	Un patient consulte pour céphalée dans un contexte de surcharge de travail et de stress familiaux.
La prise de décision partagée	Une femme consulte pour des symptômes liés à la ménopause (hormonothérapie : oui ou non ?)
Le patient multi-symptomatique	Le médecin reçoit un patient se plaignant de multiples symptômes laissant soupçonner un trouble de personnalité ou un trouble somatoforme.

III. Discussion des résultats :

1. Résultats de l'étude :

1.1. Résultats quantitatifs:

Il y avait plus de femmes répondantes que d'hommes. Ce qui reflète la réalité de la population des étudiants en médecine qui se féminise depuis quelques années.

Notre étude mettait en évidence qu'une majorité d'étudiants avait rencontré des difficultés de communication, ainsi :

- 60% des étudiants ont eu des difficultés au début de l'entrevue médicale concernant la présentation auprès des patients et l'interruption de l'introduction du patient. S. Bonel, dans son enquête sur la formation à la relation médecin-patient auprès des étudiants de Midi-Pyrénées en 2008 [28], constatait que 76,5% des internes du 3^{ème} cycle reconnaissaient avoir eu des difficultés relationnelles. Dans sa thèse intitulée « Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale » soutenue en 2018, S.Kuhn décrit que sur le plan de l'accueil, les patients semblaient attacher une importance particulière à la façon dont le médecin les aborde, les salue. Le fait qu'il les appelle par leur nom ou qu'il fasse preuve d'une certaine proximité, était apprécié de manière consensuelle. [29]
- Ensuite, le processus de recueil d'informations représentait un taux de satisfaction de 80% pour les étudiants de notre étude. Savoir orienter l'entrevue médicale, utiliser des questions ouvertes et fermées, clarifier les énoncés du patient qui nécessitent plus de précisions, étaient les techniques utilisées par les étudiants de la faculté de médecine de Nice en 2016, interrogés sur le processus du recueil d'informations dans le cadre de thèse de Mme I.guessoum concernant la compétence de communication médecin-patient [30].
- Dans l'exploration du contexte personnel du patient, 40% des étudiants interrogés dans notre étude estimaient n'avoir pas donné au patient la chance d'aborder ses attentes et ses inquiétudes et de parler de son contexte de vie. Dans une revue de littérature apparue en 2011 [31], Neumann et al. retrouvaient une diminution de l'empathie chez les étudiants en médecine durant leur cursus. La principale cause avancée à cette diminution était la détresse des étudiants (la surcharge de travail, l'anxiété, la pression des supérieurs...). Les stages cliniques et la première confrontation à la réalité hospitalière avec la souffrance des patients, la mort, la maladie ; participent à la baisse

d'empathie chez les étudiants qui marquent une distance avec le patient pour se protéger et ne pas s'identifier à la détresse de celui-ci. Dans sa thèse, M.Napol a affirmé qu'à plusieurs reprises, les patients ont évoqué l'influence de leurs émotions pendant la consultation (angoisse, détresse...). Le médecin devait prêter attention à l'expression plus ou moins ouverte de ces émotions. Il était important qu'il explore spécifiquement les aspects émotionnels, souvent sous-jacents à un motif de consultation somatique et non verbalisés par les patients [29].

- En ce qui concerne l'échange d'informations, 40% des étudiants ont été insatisfaits de l'emploi du jargon médical dans le processus de communication. M.Napol et S.Kuhn dans leur thèse « Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale » les patients préféraient un médecin qui utilise un vocabulaire simple, exempt de tout jargon. Les patients appréciaient que le médecin reformule les explications médicales et en simplifie les termes. Le médecin devait s'enquérir directement auprès du patient s'il avait bien compris les explications. Pour les patients, le médecin pouvait s'appuyer sur des supports visuels informatiques, utiliser l'écran de l'ordinateur, montrer des schémas, des dessins, des images, commenter des résultats... [29].
- En arrivant à l'entente sur le diagnostic et la prise en charge, 80% des étudiants de notre étude ont rencontré les difficultés suivantes :
 - Déni du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre
 - Ne pas envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives
 - Manque de discussion de la position du patient, ses préférences au sujet des options possibles...

Or, parmi les critères de qualité d'une bonne communication identifiés par les patients, le médecin se devait de respecter l'autonomie du patient, cherche à l'impliquer et à le responsabiliser. Les patients étaient sensibles à l'instauration d'un partenariat avec le médecin,

ils entendaient s'impliquer dans le soin et conserver leur autonomie, ils n'appréciaient pas les choix imposés par le médecin de façon autoritaire, mais souhaitaient que ces choix soient négociés. Le médecin devait percevoir la méfiance du patient, sa gêne ou la résistance à ses propos. Il devait respecter le domaine d'intimité du patient et ne pas se montrer intrusif [29].

- Pour la clôture de la consultation, 60% des étudiants ont été insatisfaits de ne pas avoir vérifié l'accord du patient avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations. En fin de consultation, les patients devaient quitter le cabinet avec le sentiment d'avoir été compris et d'être soulagés de ce qui les inquiétait. Les patients toléraient mal l'incertitude. Ils avaient besoin d'avoir des informations sur l'évolution à plus long terme de leur problème médical, sur les décisions à prendre et les éventuels recours. Pour beaucoup de patients, il semblait important que le médecin propose de les revoir et leur offre une certaine disponibilité. Ils avaient besoin de sentir qu'ils faisaient l'objet d'un suivi dans le long cours [29].

- 60% des étudiants se trouvaient insatisfaits de leur comportement non verbal, plus précisément de leurs postures, indices vocaux et de la façon d'utiliser le dossier médical qui pouvait gêner la consultation. Le remplissage du guide d'auto-évaluation a beaucoup sensibilisé les étudiants à la communication non-verbale au cours d'un entretien médical, Ils ont pris conscience de son importance. Cela leur a aussi permis de modifier leur pratique en accordant une place plus importante à la communication non-verbale lors de l'entrevue médicale. Avec seulement 4 items consacrés à ce sujet, le thème de la communication non-verbale a suscité le plus d'intérêt et de réactions positives auprès des participants. Le guide reprend des items récurrents dans la littérature à ce sujet à savoir : le contact visuel avec le patient, les postures, les indices vocaux, la façon d'utiliser l'ordinateur ou le dossier médical papier. Cependant d'autres items non abordés dans le guide ressortent dans la littérature, notamment : l'expression faciale, le toucher et le hochement de tête [32] [33].

Selon Mehrabian, l'importance des éléments non-verbaux dans la communication est considérable : il évalue que dans un échange, 55% du message total relèverait de l'expression corporelle, 38% de la voix et 7 % de la parole [34]. L'expression non-verbale est donc le pilier de la communication. L'essentiel de l'information est véhiculé par la forme et le contexte. Le verbal c'est à dire le fond du message informatif doit être soutenu par sa dimension non-verbale car s'il y a conflit entre les deux, le patient aura tendance à considérer le message non-verbal comme le vrai message ; comment le lui reprocher quand on sait que le non-verbal relève d'un niveau moins conscient et échappe en partie au contrôle volontaire [35].

- 80% des étudiants interrogés ont souhaité une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Dans sa thèse, soutenue en 2018 et portant sur l'évaluation des attentes des internes concernant une formation à la communication médecin-patient, C.Larapiedie rapportait que 81.5% des étudiants interrogés étaient pour une formation à la communication médecin-patient [36]. Dans de nombreux pays, l'enseignement des compétences de communication dans la formation médicale a été reconnu comme essentiel et même basique. En conséquence, cet enseignement et l'évaluation des habiletés de communication ont été incorporés dans les programmes de médecine de ces pays [37]. En Amérique du Nord, les recommandations actuelles de l'association américaine des facultés de médecine mettent l'accent sur l'aspect essentiel d'un entraînement aux techniques de communication au cours de la formation [37]. En Belgique, en Suisse, en Allemagne, on retrouve également de nombreux programmes d'apprentissages des techniques de communication et d'évaluation des capacités relationnelles [38] [39].
- 52% des étudiants de notre étude souhaitaient une formation à la communication à partir du 2^{ème} cycle, en formation médicale continue. Une formation à la communication médecin-patient de l'externat à l'internat est primordiale, comme le préconisaient S. Kurtz et J. Silverman en 2003 [40]. En 2004, B. Millette et M.T. Lussier [41] parlaient de la nécessité d'un cursus cohérent et longitudinal tout au long des études de médecine. C'est durant le 2^{ème} cycle que les étudiants commencent les stages et ont les premiers

contacts avec les patients. Les techniques de base et les habiletés communicationnelles devraient être enseignées dès ces premiers contacts comme l'exemple de Créteil où une formation "d'initiation à la relation médecin-malade" a été mise en place en 2001 dès la 3^{ème} année de médecine [42]. Cela permettrait de mieux accompagner l'étudiant en médecine lors de ces premières expériences cliniques.

- Les étudiants en 6^{ème} année qui ont participé à notre étude ont exprimé un niveau de satisfaction favorable de leur communication médecin-patient (83,33%) par rapport aux étudiants des autres promotions de la même étude (7^{ème} année et en instance de thèse). Ceci s'explique par l'instauration d'un module de techniques de communication en 1^{ère} année des études médicales au profit des étudiants de la nouvelle réforme dont les étudiants en 6^{ème} année de notre étude font partis. En 2003, une étude comparative randomisée a évalué l'impact d'une formation à la communication médecin-patient sur les compétences des étudiants en médecine dans 3 écoles de médecine des États-Unis. Pour cela, elle suivait deux groupes d'étudiants sur 3 ans, l'un ayant une formation à la communication et l'autre non. Une évaluation initiale et finale a permis de mettre en évidence une amélioration significative des compétences en communication médecin-patient dans le groupe ayant suivi une formation par rapport au groupe témoin [43].

1.2. Résultats qualitatifs:

a. Modalités d'évaluation :

Nous avons constaté durant cette étude, que plusieurs étudiants ont opté pour l'autoévaluation, alors que d'autres étudiants ont choisi l'autoévaluation couplée à l'hétéroévaluation, ce qui nous a conduit à analyser ces deux méthodes d'évaluation.

a.1. Autoévaluation :

L'autoévaluation est une méthode exigeante pour l'étudiant. S'auto-évaluer implique trois notions importantes : le regard critique de soi, l'acceptation d'une méthode d'évaluation qui met à l'écart l'examineur, un droit à l'autonomie qui implique des devoirs.

Pendant tout le cursus scolaire pré et per universitaire, l'étudiant est formaté à l'hétéro-évaluation. Ainsi l'auto-évaluation est une nouveauté à laquelle l'étudiant est confronté.

Le degré d'acceptation de cette méthode dépend donc de la capacité de l'étudiant à s'adapter au changement, sortir du confort que procure l'hétéro-évaluation.

S'auto évaluer suggère de porter un regard critique sur soi, exercice périlleux comme le dit Bélair « en effet, les exigences d'un tel recul et d'une telle distanciation sont considérables, car elles obligent l'évalué à se regarder, à s'analyser, à fouiller dans ses propres difficultés, au risque entre autres d'altérer son image de soi et ainsi de devoir la construire à nouveau ou sous d'autres angles ».

Enfin, s'auto-évaluer c'est acquérir une autonomie de notation [26]. L'autoévaluation est l'autonomie à laquelle les étudiants seront confrontés, qu'ils devront assumer en tant que professionnels de santé, et à laquelle ils devraient être plus formés en tant qu'étudiant.

a.2. Autoévaluation couplée à une hétéro-évaluation :

Lorsque l'on compare les résultats obtenus concernant l'autoévaluation et l'auto-évaluation combinée à une hétéro-évaluation, on observe que les étudiants sont d'accord pour dire que ces deux méthodes sont plus approfondies et formatrices, car l'échange avec une tierce-personne permet d'approfondir les remarques mises en avant et de leur apporter des solutions afin de s'améliorer.

Ces derniers ont apprécié avoir un feed-back efficace qui, selon les données de la littérature, procure des bénéfices tant à l'étudiant qu'à l'enseignant. Il aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages, à agir sous supervision et en fin de compte, à améliorer ses performances. Le fait de générer du feed-back bénéficie aussi à l'enseignant en lui permettant de modifier son style et ses contenus d'enseignement, pour s'adapter aux besoins individuels de l'étudiant [27].

Cependant, pour quelques étudiants ces méthodes présentent des biais liés au poids du regard de l'évaluateur.

Au regard de toutes ces données, il semble judicieux que les étudiants combinent les résultats de leur auto-évaluation, via le guide, avec une rétroaction externe afin de mieux orienter leur apprentissage et optimiser leur pratique.

b. Moment de l'évaluation :

Plusieurs étudiants se sont interrogés sur le moment propice de l'évaluation. Il paraît non-constructif de réaliser une évaluation en début du stage hospitalier pour des raisons organisationnelles évidentes. C.Larapiedie rapportait que la deuxième moitié du stage semble être le bon moment pour réaliser l'évaluation. Ainsi, l'étudiant aura encore quelques semaines pour mettre en pratique les remarques faites pendant l'évaluation. Il pourra mettre en application sa communication améliorée auprès des patients, et pourra ainsi en apprécier les bénéfices, ce qui renforcera sa satisfaction et sa motivation [36].

c. Intérêt de remplissage du guide d'évaluation:

L'analyse des opinions des étudiants recueillies à l'aide de la fiche de discussion de la grille d'évaluation montrait que le remplissage du guide d'auto-évaluation a amené les étudiants à se diriger vers un mode de communication qui ne prend pas seulement en compte la maladie, mais aussi le malade dans sa globalité. Ils ont ainsi pu développer une approche centrée sur le patient. Il s'agit d'une approche clairement énoncée dans le référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes, élaboré sous l'égide du Conseil Nationale des Généralistes enseignants en mars 2009 [44].

Le concept de l'approche centrée sur le patient, élaboré par Stewart et ses collaborateurs, est caractérisé par 6 composantes complémentaires avec 6 objectifs pour le médecin [6]:

- Explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient « en tant que personne » et sa perspective.
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, sa dimension historique et son contexte.

- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage de décisions.
- Etablir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique.
- Valoriser la promotion de la santé et de la prévention.
- Faire preuve de réalisme pour le médecin et tenir compte de ses limites

De cette approche, plusieurs bénéfices ont été répertoriés:

c.1. Pour le patient:

Une meilleure satisfaction, observance et adhésion au traitement, et une amélioration de la qualité de vie des patients. La communication centrée-patient permet au patient de s'exprimer plus amplement lorsque cela est nécessaire. Il en résulte une meilleure compréhension par le praticien des symptômes et du patient dans sa globalité. Ainsi, le patient se sentira mieux pris en charge et plus concerné par son état de santé.

c.2. Pour le médecin:

Une meilleure satisfaction, moins de stress et de burn-out et moins de litiges juridiques. Ce mode de communication a une influence positive sur le patient. Le patient donnant un retour positif sur sa prise en charge globale, la satisfaction du médecin vis à vis de son travail sera meilleure. Le médecin étant plus satisfait, il sera moins stressé. Par ailleurs, un patient satisfait et une communication facilitée avec son praticien, sont souvent la clé pour éviter les litiges et les situations de conflits [46].

c.3. Pour la société:

Une diminution du recours au système de santé et donc un coût moindre en santé pour la société. Kléa et Rahman de l'Université de Sacramento ont mené une étude prospective, et ont mis en évidence une diminution significative de l'utilisation des systèmes de santé lorsque le médecin traitant s'efforce à adopter une attitude centrée sur le patient [47].

c.4. Pour l'enseignement et la recherche:

L'approche centrée-patient constitue un cadre conceptuel cohérent à une démarche éducative en Médecine Générale ; notamment, en aidant à la conception d'outils pédagogique comme le guide Calgary-Cambridge et le consensus de Kalamazoo qui sont tous les deux des références dans l'enseignement et la recherche en communication médicale.

Cependant, comme l'ont souligné les étudiants, il faut nuancer ces caractéristiques car, s'il faut écouter le patient, il faut aussi savoir l'interrompre, et s'il faut poser des questions ouvertes, il faut aussi être parfois directif et poser des questions fermées afin d'obtenir une réponse précise. Cette flexibilité dans la communication est importante et dépendra du contexte [45].

2. Enseignement de la communication médecin-patient à la FMPM :

2.1. Etat des lieux :

Depuis qu'elle a vu le jour, la faculté de médecine de Marrakech suit l'évolution des études médicales sur le plan pédagogique, théorique et pratique en mettant à disposition tous les moyens logistiques et les ressources humaines pour y réaliser.

Concernant la communication médecin-patient, nous avons été sensibilisés dans ce sens lors d'un séminaire organisé autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle : un ensemble de procédures et stratégies (Procédure BAD...) a été enseigné pour gérer l'impact émotionnel de l'annonce sur le patient. L'apprentissage a été assuré au moyen de jeux de rôles suivi d'un débriefing avec le maître de stage et l'ensemble des étudiants.

Avec l'instauration de la nouvelle réforme des études médicales en 2015, un module de techniques de communication a été incorporé en 1^{ère} année d'études médicales, ce module est composé de deux parties distinctes : communication scientifique et communication clinique. Quant à la communication clinique, plusieurs cours ont été assurés en allant de la théorie à la pratique : « les bases théoriques de communication », « approche centrée patient », « la communication interpersonnelle dans le cadre de la relation soignant-soigné », pour arriver

ensuite à des situations de communication plus spécifiques : « l'entretien motivationnel », « la gestion des émotions », « l'éducation thérapeutique », « la gestion des entretiens triangulaires », « la communication en équipe » et « l'annonce d'une mauvaise nouvelle ».

C'est ainsi que les étudiants en 6^{ème} année qui ont participé à notre étude ont exprimé un niveau de satisfaction favorable de leur communication par rapport aux étudiants des autres promotions de la même étude.

Toutefois, l'enseignement de la communication en stage hospitalier reste intuitif, nous avons parfois été mis en difficulté sur le plan de la communication en faisant face quotidiennement à des profils de patients différents, dans des environnements différents, présentant des pathologies multiples. Ainsi, les techniques de communication enseignées doivent être intégrées à la pratique clinique et balisées tout au long d'un cursus longitudinal structuré.

Depuis environ une dizaine d'années, l'importance accordée à la communication médecin-patient croit. Cet intérêt se reflète dans les déclarations internationales de consensus ayant pour objet l'éducation médicale, à travers des lignes directrices à l'intention des écoles de médecine et des normes pour la pratique professionnelle et l'éducation.

Dans le domaine des compétences en communication, deux déclarations de consensus sont les plus reconnues : La déclaration du consensus de Toronto et celle du Kalamazoo [48]. Ces énoncés définissent les bonnes pratiques pour la rencontre médecin-patient et sont utiles pour planifier, exécuter les formations et les évaluations de compétences en communication.

Des études rapportent également un intérêt économique à l'instauration d'une formation par les universités : un faible coût de mise en place pour d'importants bénéfices en termes de santé et donc en termes d'économie de la santé.

Une étude Suisse [49] de 1998 présente une formation, auprès d'un groupe d'internes, qui décrit un enseignement de 22,5 heures, sur 6 mois, en parallèle des 6 heures hebdomadaires d'éducation médicale dispensées à l'ensemble de la promotion. Les étudiants participaient en petits groupes à des ateliers pratiques avec patient simulé en consultation filmée. Enfin, un livret était

distribué aux étudiants ; livret contenant les objectifs à atteindre, utilisé six fois avec un formateur sur une période de 6 à 8 mois après la formation. Cette formation théorique complétée par des ateliers pratiques et un suivi régulier a permis aux étudiants d'améliorer significativement certaines compétences par rapport aux étudiants n'ayant pas reçu cette formation, comme l'écoute active du patient ou encore l'implication du patient dans sa prise en charge.

2.2. Axes à développer pour l'élaboration d'un protocole de formation à la communication médecin-patient :

Les données de la littérature suggèrent que six éléments essentiels devraient être inclus dans une stratégie de formation visant l'apprentissage réussi de la communication professionnelle [50]:

a. Un référentiel basé sur des données scientifiques probantes

Un référentiel de qualité doit concilier et intégrer le raisonnement clinique et la communication afin d'être utilisé comme modèle de structure et de cohérence dans l'enseignement tout au long du cursus.

b. Une pratique répétée des nouveaux apprentissages avec une rétroaction immédiate et spécifique

Selon Kurtz et ses collaborateurs, l'apprentissage à la communication exige plusieurs mises en pratique dans un contexte proche du vécu professionnel futur ; en plus de l'application de mise en situation clinique réelle, ces derniers insistent sur le fait d'allier la pratique à une rétroaction immédiate [11]. Pour Kurtz et al, il est essentiel de prévoir tout au long de la formation et durant la vie professionnelle des périodes d'apprentissage et de consolidation des habiletés de communication. Ces habiletés doivent inclure des mises en application répétées associées à des rétroactions immédiates car ils ont démontré que les acquis des premières années d'études s'amenuisent s'ils ne sont pas réactualisés et renforcés au cours de formations cliniques [11] [13].

c. Un cursus de formation cohérent et longitudinal

Les auteurs préconisent que la formation à la communication soit intégrée dès le début des études médicales et qu'elle s'étende longitudinalement tout au long de la formation de l'étudiant, et ce, qu'elle que soit sa spécialité, afin d'actualiser et renforcer cet apprentissage.

d. La mise en place d'un processus formel d'évaluation des apprentissages

Comme le mentionne Miller [51], la communication doit faire l'objet d'une évaluation sommative. Il recommande plus précisément une évaluation des compétences communicationnelles lors d'entrevues réelles ou simulées afin d'évaluer «le comment faire », soit comment ils agissent en pratique plutôt que l'évaluation du savoir.

e. Des activités de découverte de soi

La relation médecin-patient n'est pas seulement dépendante des habiletés communicationnelles ; elle est aussi influencée par des facteurs individuels inhérents au médecin et au patient, comme la personnalité, l'histoire personnelle, la culture, la religion etc. C'est pourquoi, il paraît essentiel que les médecins se connaissent mieux eux-mêmes afin de faciliter l'ouverture aux autres ; ouverture qui se traduit par une attitude de respect et de curiosité pour la réalité et croyance de chaque patient, et qui est nécessaire pour collecter et interpréter les informations utiles à la démarche clinique et pour mettre en place des prises en charge efficace.

Quelle que soit l'activité de découverte de soi (psychothérapie, réflexion individuelle sur ses propres activités, observation critique de ses entrevues), celle-ci doit chercher à favoriser la prise de conscience des facteurs personnels qui influencent la perception, l'interprétation et l'action des médecins lors de la rencontre avec les patients.

f. Des cliniciens « modèle de rôle »

Selon Chamberland et Hivon [52], le modèle de rôle des cliniciens constitue un moteur puissant pour l'apprentissage des différentes compétences cliniques dont les compétences communicationnelles, car les futurs médecins sont fortement influencés par ce qu'ils observent

chez leurs maîtres. Il paraît donc nécessaire que chaque faculté de médecine, chaque milieu ambulatoire d'enseignement et chaque réseau hospitalo-universitaire, initie ou consolide des activités explicitement dédiées au renforcement des habiletés communicationnelles des médecins qui y exercent [50].

IV. Forces et limites de notre étude

1. Forces de l'étude :

- ✚ Devant les différents bénéfices répertoriés dans la littérature d'une communication médecin-patient de qualité, il nous est apparu pertinent d'évaluer l'impact du remplissage du guide de communication et d'identifier les propositions de modifications permettant à la fois d'optimiser l'outil pédagogique, mais aussi la manière de l'utiliser par les étudiants en Médecine Générale.
- ✚ Notre choix s'est porté sur l'étude qualitative, car cette méthode aide à comprendre un phénomène dans sa globalité.
- ✚ Le questionnaire était court et constitué principalement de questions fermées pour faciliter la participation des étudiants. Ils avaient tout de même la possibilité de donner des réponses libres sur la formation souhaitée, ce qui permettait le recueil de propositions non anticipées lors de la réalisation du questionnaire.
- ✚ Le recueil des opinions et la garantie de l'anonymat auprès des étudiants a favorisé leur liberté d'expression.
- ✚ Les résultats de cette étude ont permis d'apprécier l'impact positif de l'expérience d'évaluation de la communication médicale via le guide sur le mode de communication des étudiants en Médecine Générale. Cela a, par ailleurs, permis de recueillir des propositions pour élaborer un protocole de formation à la communication durant le cursus des études médicales.

2. Limites de l'étude :

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré constitue une limite dans notre étude. Sans l'investigateur pour réaliser la passation du questionnaire, les répondants pouvaient rencontrer des difficultés de compréhension des questions. Ce risque ayant toutefois été limité par le test du questionnaire avant sa diffusion. L'utilisation du questionnaire auto-administré se justifiait afin de recueillir un plus grand nombre de réponses.

D'une part, le choix d'une méthode qualitative et donc par définition interprétative, et d'autre part, l'inexpérience de l'investigateur, sont à l'origine de biais d'interprétation que nous avons essayé de limiter par le double codage de données.



*PROTOCOLE DE FORMATION A
LA COMMUNICATION
MEDECIN-PATIENT*



Préambule :

La communication soignant-patient est un élément clé en pratique clinique et fait partie des quatre composantes essentielles de la compétence clinique (connaissances, examen clinique, techniques de communication, résolution de problème).

Une bonne communication n'est pas facultative ; elle aide à produire des consultations plus efficaces, adéquates, pertinentes et satisfaisantes, tant pour le patient que le soignant et améliore les déterminants de santé pour les patients. Elle favorise une approche négociée des problèmes entre soignant et patient et permet de faire le lien entre une médecine fondée sur les preuves et une médecine centrée sur l'individu.

Afin de répondre aux attentes sociétales et aux exigences de l'exercice médical à l'égard du futur médecin : qu'il soit non seulement un « scientifique » et un « clinicien », mais aussi un «acteur de santé publique», veillant à la promotion de la santé. Pour cela, il faudrait qu'il soit «coopérateur», capable d'exercer ses fonctions au sein d'une équipe de soins, «responsable» sur les plans éthique et déontologique et «réflexif », c'est-à-dire, conscient de ses limites et prêt à s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de ses compétences. Parmi les compétences «exigibles», celle de «communicateur» s'avèrerait centrale : le médecin doit non seulement être capable «d'obtenir les renseignements pertinents et les points de vue du patient et de son entourage», «de discerner quelle information doit leur être délivrée», en établissant des «interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie», mais également de «gérer son stress et celui des autres acteurs».

Les étudiants en médecine d'aujourd'hui seront les vecteurs de développement de demain ayant la mission de collaborer avec l'état pour améliorer le système sanitaire en matière d'information, prévention et éducation de la population pour un mode de vie optimal.

Ainsi en prenant compte du rôle crucial que joue le médecin dans ce sens et dans le cadre de mission de formation assurée par la faculté de médecine et de pharmacie au profit de ses étudiants sur le plan scientifique, pratique mais aussi sur le plan socio-comportemental, nous avons eu l'idée de mettre l'accent sur les habiletés communicationnelles comme étant des

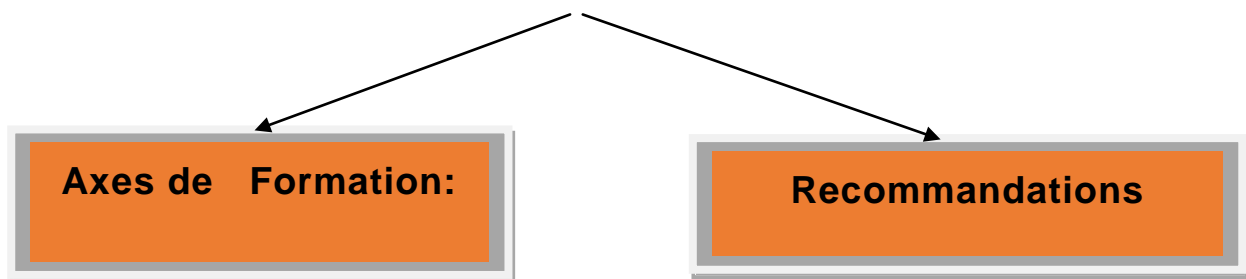
outils didactiques indispensables à un échange médecin-patient efficace, tout en alliant savoir, savoir-faire et savoir-être. Pour ce faire, il apparaît important d'associer à l'enseignement théorique, un complément pratique proposé sous forme d'un protocole de formation à la communication médecin-patient.

Dans l'espoir que ce protocole proposé sera d'une grande aide aux étudiants-médecins dans l'accomplissement de leurs missions dans les meilleures conditions.

Sommaire

- I. Première étape : Formation des formateurs
 1. Axes de formation :
 2. Recommandations :
- II. Deuxième étape : Enseignement de la communication :
 1. Thèmes et situations cliniques :
 2. Déroulement de l'enseignement :
- III. Troisième étape : Modalités d'évaluation des étudiants :
 1. Evaluation formative :
 2. Evaluation sommative :

I. Première étape: Formation des formateurs:



La formation des cliniciens-enseignants : Les facultés de médecine et les milieux cliniques d'enseignement ont la responsabilité de favoriser et de soutenir le développement professoral, dans le champ de la communication, d'un nombre suffisant d'intervenants de différentes disciplines.

Le modèle de rôle des cliniciens constitue un moteur puissant pour l'apprentissage des différentes compétences cliniques dont les compétences communicationnelles, car les futurs médecins sont fortement influencés par ce qu'ils observent chez leurs maîtres. Il paraît donc nécessaire que chaque faculté de médecine, chaque milieu ambulatoire d'enseignement et chaque réseau hospitalo-universitaire, initie ou consolide des activités explicitement dédiées au renforcement des habiletés communicationnelles des médecins qui y exercent.

1. Axes de formation :

1.1 Structuration de l'entrevue médicale :

Le **guide Calgary Cambridge** constitue un référentiel basé sur des données scientifiques probantes, il vient concilier et intégrer le raisonnement clinique et la communication afin d'être utilisé comme modèle de structure et de cohérence dans l'enseignement tout au long du cursus.

1.2 Programmation neurolinguistique :

LA PNL accorde une importance particulière à la communication non verbale, pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal adressé à son patient et pour décoder d'autre part le langage non verbal du patient qui peut traduire une plainte ou une souffrance cachée.

C'est une approche qui met en évidence la structure de l'expérience humaine et le fonctionnement de l'être humain. Les précurseurs de la PNL étaient pour la plupart psychothérapeutes. C'est donc une technique tout à fait adaptée à la relation d'aide et doit être exploitée dans le domaine de la communication médecin-patient.

1.3 Gestion des émotions :

Le modèle le plus utilisé aujourd'hui dans la gestion des émotions du patient est le modèle **NURSE** .

Intégrer cette technique au cours de l'entrevue médicale permet au clinicien d'exprimer son empathie tout en contrôlant la bonne distance avec le patient.

1.4 Technique ARRR:

La technique **ARRR** (Attendre-Répéter-Reformuler-Résumer) permet de montrer au patient qu'on le comprend. Il lui donne la sensation d'être écouté et nous confirme que nous avons bien compris ses propos. Elle incite le patient à s'exprimer. Associée à la communication non verbale, on l'utilise largement dans l'écoute active.

1.5 Technique BAD:

L'acronyme **BAD** décrit cette procédure: **B** pour Breaking bad news, **A** pour Acknowledge patient's reactions, et **D** pour Develop plans for the near future.

C'est une technique qui tient compte de la réalité Clinique. Au cours de la transmission d'informations le médecin est amené à évaluer l'état émotionnel du patient et agir en cas de signe de détresse en procédant par des techniques de soutien.

2. Recommandations :

2.1. Liées à l'aspect spécifique de chaque spécialité :

Il est nécessaire d'associer la communication dans la relation médecin-patient aux pratiques cliniques via la participation des professeurs de pathologie clinique dans la formation, en introduisant la communication au lit du malade et en consultation en ambulatoire.

2.2. Liées à la base socioculturelle des cliniciens :

Organiser des activités de découverte de soi (psychothérapie, réflexion individuelle sur ses propres activités, observation critique de ses entrevues), pour favoriser la prise de conscience des facteurs personnels qui influencent la perception, l'interprétation et l'action des médecins lors de la rencontre avec les patients.

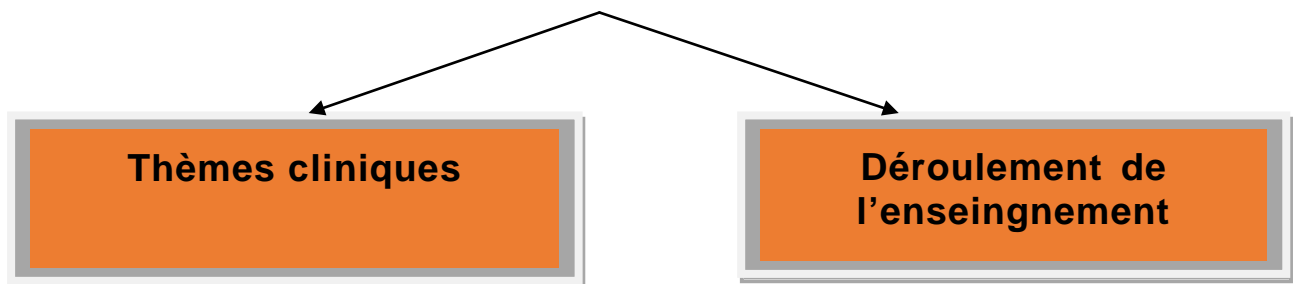
2.3. Liées au processus d'enseignement :

La nécessité d'un cursus cohérent et longitudinal tout au long des études médicales : L'apprentissage de la compétence communicationnelle doit être structuré de façon à permettre à l'étudiant son acquisition graduelle, intégrée à la pratique clinique et balisée tout au long d'un cursus longitudinal structuré.

2.4. Liées à une pratique répétée des nouveaux apprentissages avec une rétroaction immédiate et spécifique :

Prévoir tout au long de la formation et durant la vie professionnelle des périodes d'apprentissage et de consolidation des habiletés de communication. Ces habiletés doivent inclure des mises en application répétées associées à des rétroactions immédiates car les acquis des premières années d'études s'amenuisent s'ils ne sont pas réactualisés et renforcés au cours de formations cliniques.

II. Deuxième étape: Enseignement de la communication:



1. Thèmes et situations cliniques :

Exploiter la roulette combinatoire pour l'élaboration des scénarios et vignettes cliniques pour enrichir les thèmes des séminaires organisés par les facultés de médecine.

Proposition de thèmes cliniques, en complément d'enseignement assuré par notre faculté:

1.1. Le premier entretien :

Le premier contact avec une personne permet de se faire une première impression. Cette notion renvoie à un phénomène global, difficile à expliquer en détail : il s'agit d'une impression souvent évidente que nous nous faisons de l'autre et qui dépasse largement ce que nous savons concrètement de lui. Un exemple clinique typique est particulièrement familier aux pédiatres : il est possible de percevoir qu'un enfant est malade, sans qu'il soit nécessaire de confirmer cette impression avec des analyses de laboratoire ou des procédés d'imagerie, comme c'est le cas en médecine adulte.

Un premier entretien idéal comprend deux phases distinctes :

- Les phases dans lesquelles le médecin ignore de quoi il est question et ne peut ni formuler d'hypothèse concernant la nature du problème, ni poser un diagnostic précis.

- Les phases dans lesquelles il peut avancer des hypothèses qu'il vérifie au moyen de questions ciblées.

1.2. Prise de décision :

La nature de la prise de décision (partagée ou non) dépend de l'objet de la décision. Le consentement du patient est toujours indispensable.

Les exemples suivants diffèrent les uns des autres au niveau du risque et de la certitude et impliquent une prise de décision partagée ou non :

- Patient aux urgences avec une balle dans le ventre : risque élevé, certitude élevée quant aux mesures à adopter → pas de décision partagée.
- Patiente avec carcinome mammaire (conservation ou non du sein ?) : risque élevé, peu de certitude quant aux mesures à adopter → prise de décision partagée.
- Patient avec un taux bas de potassium (réduction de la dose de diurétique ?) : risque faible, certitude élevée quant aux mesures à adopter → pas de prise de décision partagée.
- Patient présentant des facteurs de risque (modification des habitudes de vie ou médicaments) : risque faible, peu de certitude quant aux mesures à adopter → prise de décision partagée.

1.3. L'entretien avec les proches d'enfants malades :

Comparés aux autres entretiens médicaux, les entretiens avec les parents d'enfants malades présentent certaines particularités. En règle générale, plusieurs personnes participent à ces entretiens : le médecin, d'autres professionnels de la santé, les parents et l'enfant. Le médecin doit être flexible et capable de s'adapter aux différentes personnes présentes dont les souhaits, les attentes et les compétences communicationnelles sont souvent divergents.

Il doit, en outre, s'efforcer d'intégrer l'enfant à la discussion. Pour ce faire, le médecin doit parvenir à établir une relation avec l'enfant et à adapter l'entretien à ses compétences communicationnelles.

La collaboration est complexe et délicate du fait que les parents des patients mineurs – et non le patient lui-même – sont à la fois interlocuteurs et décisionnaires pour les questions qui concernent les mesures médicales. Également le fait que les proches prennent (ou soient obligés de prendre) à la place de leurs enfants des décisions que le médecin n'approuve pas forcément (par exemple refus d'une mesure médicale nécessaire), peut créer des situations difficiles pouvant, dans le pire des cas, soulever des interrogations concernant les mesures de protection de l'enfant.

Règles de base pour l'entretien avec un enfant :

- Adapter le langage en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant.
- Laisser parler l'enfant de son mal.
- Laisser à l'enfant le temps de s'exprimer à son propre rythme.
- Faire des phrases courtes, claires et simples ; éviter les termes techniques.
- Transmettre à plusieurs reprises les principales informations sans submerger d'informations les parents et l'enfant.
- Permettre à l'enfant de raconter ce qu'il a compris.
- Ne pas poser de question suggestive.
- Ne pas se limiter à la parole, mais visualiser les informations (dessins, illustrations etc.).
- Nommer la maladie (par exemple cancer).
- Laisser du temps pour les questions ; encourager l'enfant à poser des questions sans le brusquer.
- Ne pas tout expliquer en détail lors du premier entretien.
- Dire la vérité.
- Veiller à ce que l'enfant ne développe pas de sentiments de culpabilité et ne se fasse des reproches.
- Promettre à l'enfant qu'il sera informé de toutes les questions importantes.

- Répondre honnêtement à toutes les questions. Les enfants attendent des réponses justes à leurs questions.

1.4. Gérer des représentations divergentes :

Il est plutôt rare que le patient et le médecin aient la même représentation de la maladie et de son traitement. Quand la plupart de leurs représentations sont partagées, celles qui ne le sont pas ne posent pas problème.

Toutefois, si les représentations du médecin et de son patient divergent trop, il peut s'avérer impossible d'établir un diagnostic et de proposer un traitement adéquat.

Exemple : Le patient est convaincu qu'il prend trop de médicaments. Il considère que les possibles interactions entre ses médicaments sont dangereuses, c'est pourquoi il a réduit de moitié la quantité de médicaments. Il ne prend que les petits comprimés qui agissent contre son insomnie. Si le médecin ne lui avait pas demandé sa boîte de médicaments, le sujet n'aurait jamais été abordé.

1.5. L'entrevue à plusieurs :

L'influence sur la communication de la présence d'une troisième personne ou de la famille lors des consultations est très peu étudiée, malgré que c'est une situation fréquente dans notre contexte.

Cet accompagnant est très souvent le preneur en charge primaire du patient et sa présence en consultation est plus fréquente lorsque la situation médicale est difficile.

Cela exige du clinicien l'adaptation de sa communication aux représentations et à l'expérience de l'accompagnant avec le patient.

1.6. L'entrevue en présence d'un interprète :

Il est établi que les barrières linguistiques entravent la qualité de la prise en charge médicale.

Le catalogue suivant décrit les comportements des interprètes (membre de famille ou un autre professionnel de santé) et des professionnels de la santé qui permettent de mener aussi correctement que possible un entretien traduit centré sur le patient.

a. Avant l'entretien :

- Expliquer les termes techniques qui seront utilisés (par exemple manchette à pression artérielle)
- Informer l'interprète au sujet :
 - Du contenu, de l'objectif et de la durée de l'entretien
 - De la nécessité d'une traduction fidèle, sans interprétation, ni compléments d'information ou explications
 - De l'utilisation du « Je » pour la traduction.
 - De la possibilité de poser des questions s'il ne comprend pas quelque chose.

b. Au cours de l'entretien :

- Présenter l'interprète et le patient par leurs noms.
- Informer le patient que l'interprète est tenu au secret médical.
- Expliquer au patient que l'interprète traduira TOUT ce qui est dit lors de l'entretien.
- Garder le contact visuel avec le patient.
- S'adresser toujours directement au patient et ne pas parler à la troisième personne.
- Parler clairement, avec des phrases entières et ne pas utiliser inutilement des termes techniques.
- Interroger le patient si la traduction semble dénuée de sens et/ou si elle n'a aucun rapport avec la question posée.
- Demandez au patient de récapituler ce qu'il a compris.

c. Après l'entretien :

- Vérifier auprès de l'interprète que l'entretien a été satisfaisant et compréhensible pour le patient.
- Demander à l'interprète un feedback concernant la manière de diriger l'entretien.

1.7. Éducation thérapeutique du patient :

L'éducation thérapeutique des patients est devenue l'un des enjeux de notre société et de la santé des individus. Définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie.

Les thématiques les plus fréquentes de l'éducation thérapeutique sont :

- L'éducation thérapeutique du patient diabétique
- L'éducation thérapeutique du patient obèse
- L'éducation thérapeutique dans le domaine des maladies et risques cardio-vasculaires
- L'éducation thérapeutique de patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (sida)
- L'éducation thérapeutique mise au point dans le traitement de l'asthme
- L'éducation thérapeutique d'un patient sous anti-tuberculeux.

2. Déroulement de l'enseignement :

Le déroulement de l'enseignement peut être assuré en fonction du cadre spatio-temporel suivant lequel il va être réalisé.

L'utilisation des méthodes d'apprentissages proposées par la faculté de médecine, à savoir : analyse d'enregistrement vidéo d'une consultation filmée, jeux de rôles, consultation simulée...doit être suivie d'un débriefing efficace et d'une rétroaction constructive. Cela permet à l'étudiant de s'observer durant une consultation, d'analyser les points positifs et négatifs de sa communication ; et notamment la communication non verbale.

Les techniques de base et les habiletés communicationnelles devraient être enseignées dès les premiers contacts avec les patients durant le 2^{ème} cycle. Cela permettrait de mieux accompagner l'étudiant en médecine lors de ces premières expériences cliniques.

Tableau IV : Déroulement de l'enseignement à la communication médecin-patient

Méthodes d'apprentissage	
Formation en groupe	Lors des stages hospitaliers
- Analyse de l'enregistrement vidéo	- La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV)
- Jeux de rôles	- La Supervision indirecte
- Consultation avec un "patient simulé"	- La Supervision directe avec présence physique du médecin-enseignant
- Groupe Balint	

2.1. La formation en groupe :

L'analyse d'enregistrement vidéo : une consultation préalablement filmée est analysée par les étudiants avec l'aide d'un enseignant formé. Ils discutent ensemble du déroulement de la consultation, des techniques de communication utilisées, des attentes du patient et du médecin, des erreurs observées, etc.



Figure 12: Séminaire autour de l'annonce d'une mauvaise nouvelle assuré par la faculté de médecine de Marrakech

Le jeu de rôle a pour but de mettre des étudiants volontaires à la place soit du médecin, soit du patient dans une situation donnée ; sous l'œil des autres étudiants et animateurs. Il est suivi d'une discussion entre participants et observateurs sur le cas présenté.

La consultation avec un "patient simulé" (ou standardisé) utilise un patient volontaire ou un acteur formé à une ou plusieurs situations cliniques, face auquel est mis un étudiant dans le rôle du soignant.

Les cas sont observés par les animateurs et les étudiants puis débriefés par chacun des partis.



Figure 13: Activité au centre de simulation de la faculté de médecine de Marrakech

Le groupe Balint est une réunion d'une dizaine de personnes ayant pour but de discuter d'une situation dans laquelle la communication, la relation médecin-patient, ont posé problème. Le groupe partage son avis, son ressenti, ses questions sous l'œil d'un animateur formé au groupe Balint.

2.2. La formation lors des stages :

La Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) consiste à filmer certains entretiens des étudiants lors des stages puis à les visionner afin que l'étudiant et l'enseignant puissent en discuter ensemble.

La Supervision directe par la présence physique du médecin enseignant, permet au médecin d'assister à la consultation pour débriefer ensuite avec l'étudiant.

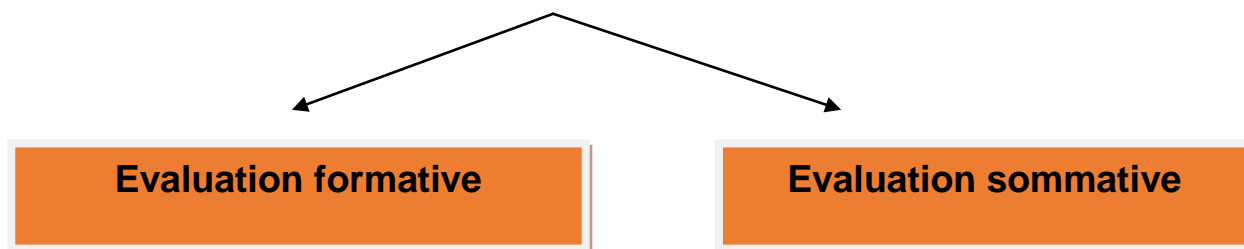
La Supervision indirecte est basée sur le récit de la consultation fait par l'étudiant (déroulement, ressenti...).

Il serait pertinent de synchroniser la formation pratique en communication aux années de passage lors des services hospitaliers, par exemple : la situation du 1^{er} entretien en 3^{ème} année, l'entrevue avec les proches d'un enfant malade en 4^{ème} année qui correspond à l'année de passage par le service de pédiatrie

Tableau V : Répartition des objectifs en fonction de l'année d'études

Années d'étude	Objectifs
3 ^{ème} année	1 ^{er} entretien
	Gérer des représentations divergentes
4 ^{ème} année	Entretien avec les proches d'un enfant
	Gérer des représentations divergentes
5 ^{ème} année	Education thérapeutique du patient
	Gérer des représentations divergentes
	Prise de décision
6 ^{ème} année	L'entrevue à plusieurs
	L'entrevue en présence d'un interprète
	Education thérapeutique du patient
	Gérer des représentations divergentes

III. Troisième étape: Evaluation



La mise en place d'un processus formel d'évaluation des apprentissages :

La communication doit faire l'objet d'une évaluation formative et sommative. Il est recommandé plus précisément une évaluation des compétences communicationnelles lors d'entrevues réelles ou simulées afin d'évaluer « le comment faire », soit comment ils agissent en pratique plutôt que l'évaluation du savoir.

1. Evaluation formative :

1.1. Autoévaluation :

S'auto-évaluer implique trois notions importantes : le regard critique de soi, l'acceptation d'une méthode d'évaluation qui met à l'écart l'examineur, un droit à l'autonomie qui implique des devoirs.

S'auto-évaluer c'est acquérir une autonomie de notation. L'auto-évaluation est l'autonomie à laquelle les étudiants seront confrontés, qu'ils devront assumer en tant que professionnels de santé, et à laquelle ils devraient être plus formés en tant qu'étudiant.

1.2. Evaluation par une tierce personne :

L'échange avec une tierce personne permet d'approfondir les remarques mises en avant et d'apporter des solutions afin de s'améliorer.

Avoir un feed-back efficace qui, selon les données de la littérature, procure des bénéfices tant à l'étudiant qu'à l'enseignant. Il aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages, à agir sous supervision et en fin de compte, à améliorer ses performances. Le fait de générer du feed-back bénéficie aussi à l'enseignant en lui permettant de modifier son style et ses contenus d'enseignement, pour s'adapter aux besoins individuels de l'étudiant.

- Au regard de toutes ces données, il semble judicieux que les étudiants combinent les résultats de leur auto-évaluation, avec une rétroaction externe afin de mieux orienter leur apprentissage et optimiser leur pratique.

2. Evaluation sommative :

2.1. Grille d'évaluation : (Annexe 4)

Associer au carnet de stage, une grille de consultation comme la grille Calgary-Cambridge simplifiée. Cela aiderait l'étudiant à analyser ses compétences communicationnelles lors du débriefing avec le maître de stage. Il pourrait ainsi voir quelles habiletés sont acquises, et quelles sont celles à améliorer.

2.2. Examens officiels :

a. Examens Cliniques Objectifs Standardisés :

C'est un dispositif d'évaluation qui consiste à décomposer les compétences professionnelles, dont la compétence de communication médecin-patient fait partie.

b. Examen de fin de stage :

La deuxième moitié du stage semble être le bon moment pour réaliser l'évaluation. Ainsi, l'étudiant aura encore quelques semaines pour mettre en pratique les remarques faites pendant l'évaluation. Il pourra mettre en application sa communication améliorée auprès des patients, et pourra ainsi en apprécier les bénéfices, ce qui renforcera sa satisfaction et sa motivation.

c. Cours magistraux :

Associer la communication médecin-patient aux cours magistraux de pathologie clinique dans la formation, en introduisant la communication au lit du malade et s'en servir de l'expérience des médecins-enseignants dans ce domaine.



CONCLUSION



La qualité de la relation médecin-patient est liée en grande partie à la qualité de la communication.

L'évaluation structurée des compétences communicationnelles au moyen d'un guide d'évaluation validé, a permis aux étudiants de faire le point sur leurs habiletés communicationnelles; Ainsi, elle doit être intégrée dans un cursus de formation cohérent et longitudinal, s'étendant du début à la fin des études médicales. Une telle organisation de l'enseignement permettra une prise de conscience précoce des habiletés à acquérir, une actualisation et enfin un renforcement de ces dernières au fil des années.

Nous avons constaté à travers cette étude qu'il serait intéressant de compléter la formation actuelle mise en place par notre faculté, par des enseignements pratiques en traitant d'avantage des thématiques cliniques que les étudiants jugent nécessaires à travers le service de suggestions du centre de simulation.

Il est nécessaire de poursuivre cet apprentissage au-delà de l'internat, en formation médicale continue. La pratique répétée avec une rétroaction régulière, permettrait d'entretenir voir d'améliorer nos compétences communicationnelles. Ce travail et cette réflexion pourraient contribuer à améliorer la qualité de la relation médecin-patient et à diminuer le risque d'épuisement auquel tout médecin peut être confronté.

Une perspective envisagée était de renforcer l'apprentissage de la communication, en proposant un protocole de formation à la communication médecin-patient élaboré à partir des besoins exprimés par les étudiants avec la mise en place d'une grille d'évaluation avec des critères de qualité de la communication médecin-patient et ce de façon cohérente et balisée tout au long du cursus des études médicales.

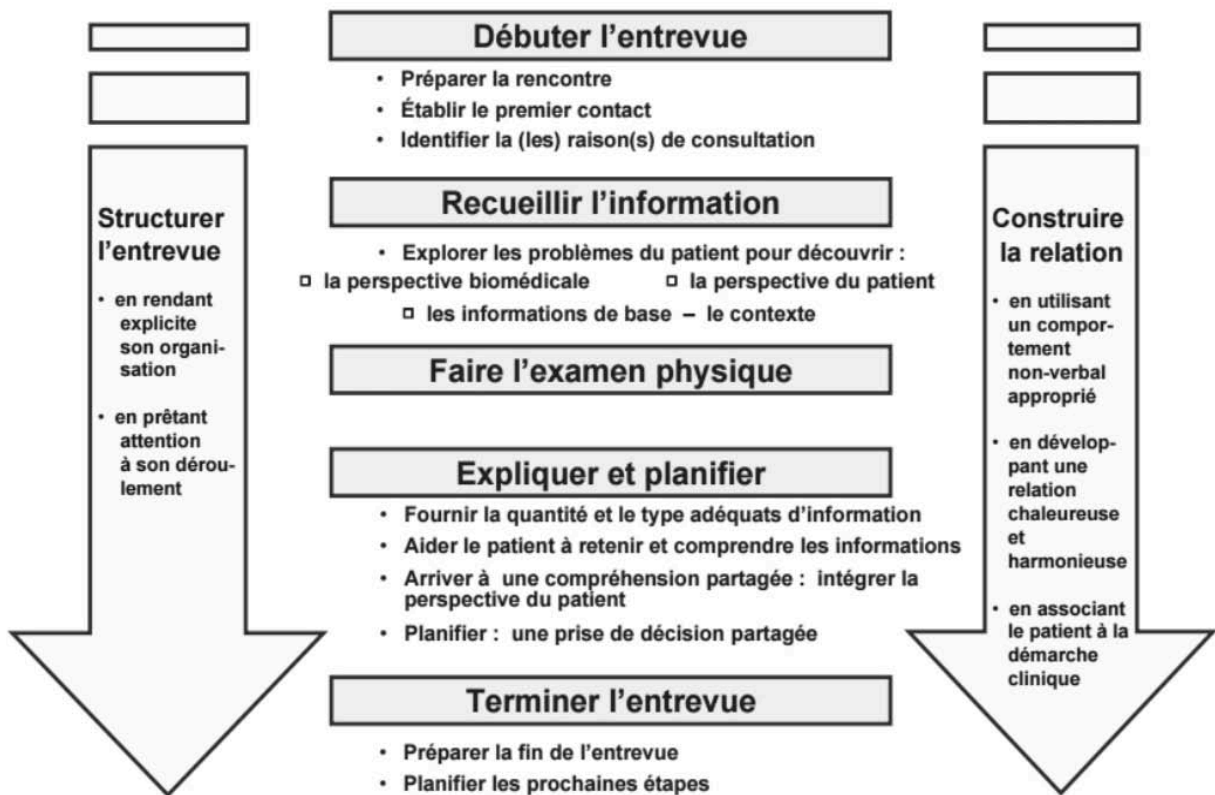


ANNEXES



Annexe 1: Guide Calgary-Cambridge

Guide *Calgary-Cambridge* de l'entrevue médicale



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Annexe 2: Fiche d'exploitation

Dans le cadre de travail d'un sujet de thèse intitulé « Evaluation de la communication étudiant-patient dans la pratique médicale: vers l'élaboration d'un protocole de formation des étudiants en médecine dans la communication médecin-patient » mené au sein de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech , Je vous prie de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant la réponse qui représente le mieux votre niveau de satisfaction concernant les différents éléments de la communication lors d'une entrevue médicale.

I. Débuter l'entretien:

- *Se présenter et préciser son rôle, la nature de l'entrevue :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *S'assurer que le patient est « à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *Explorer la/les raison(s) de la visite :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *Annoncer le déroulement de la consultation:*
non satisfait peu satisfait satisfait

II. Recueillir les informations :

- *Utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *Clarifier les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions :*
non satisfait peu satisfait satisfait
- *Obtenir suffisamment d'informations pour approcher le diagnostic :*
non satisfait peu satisfait satisfait

III. Explorer le contexte personnel du patient :

- *Recueillir des éléments sur son contexte de vie :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Permettre au patient d'aborder ses attentes, inquiétudes, représentations... :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Accueillir les points de vue et émotions du patient, et fournir du soutien :*

non satisfait peu satisfait satisfait

IV. Echanger l'information :

- *Donner des explications claires en évitant tout jargon médical :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *S'assurer de la compréhension du patient et en tenir compte :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Encourager le patient à poser des questions :*

non satisfait peu satisfait satisfait

V. Parvenir à une entente sur le diagnostic et la prise en charge :

- *Encourager le patient à donner son point de vue :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *S'assurer du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Envisager avec le patient des obstacles et des solutions alternatives :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Discuter d'un plan mutuellement acceptable (signaler sa position ou ses préférences au sujet des options possibles, déterminer les préférences du patient) :*

non satisfait peu satisfait satisfait

VI. Terminer la consultation :

- *Procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Vérifier avec le patient s'il est d'accord avec le plan d'action et si l'on a répondu à ses préoccupations :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Résumer la discussion :*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *Proposer le maintien du contact :*

non satisfait peu satisfait satisfait non adapté à la consultation

VII. Concernant le comportement non verbal, êtes-vous satisfait :

- *Du contact visuel avec le patient ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *De vos postures, positions et mouvements ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *De vos indices vocaux (débit, volume, tonalité) ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

- *De votre façon d'utiliser un ordinateur ou le dossier papier d'une façon qui ne gêne pas la communication ?*

non satisfait peu satisfait satisfait

VIII. Souhait d'une formation à la communication dans la relation médecin-patient:

Non plutôt oui oui

IX. Moment souhaité pour cette formation :

1er cycle 2ème cycle 3ème cycle

Annexe 3: Fiche de discussion de la grille d'évaluation

Discussion de l'évaluation de la grille communication:

- Que concluez-vous de l'analyse de votre pratique ?
- Quels points allez-vous travailler pour vous améliorer?
- Comment ?

Annexe 4: Grille de Calgary-Cambridge simplifiée

Tâches à accomplir...	... en utilisant : quelles habiletés ?	O N	...de quelle façon ?
<p><u>DEBUTE L'ENTREVUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Établit le premier contact (présentation et accueil) • Identifie la (les) raison(s) de la consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Pose une question ouverte • Écoute les premiers propos sans interruption • Est attentif aux indices non-verbaux • Recueille les motifs de consultation • Résume (et propose un programme de la consultation) 		
<p><u>RECUEILLE L'INFORMATION</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explore les problèmes du patient pour découvrir : <p><u>Les éléments médicaux</u></p> <p><u>Les informations de base et le contexte</u></p> <p><u>La perspective du patient et son vécu du problème</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Encourage l'expression des émotions 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide le patient à évoquer la situation vécue • Use de facilitateurs (<i>hum...oui... et alors ? hochement de tête ...</i>) • Pose des questions semi-ouvertes ciblées... <i>Qui ? Quoi ? Où ? Comment ? Quand ?</i> • ... des questions fermées • Clarifie et fait des résumés-synthèses • Reformule des propos du patient • Pose des questions ouvertes sur les répercussions sur sa vie • Reconnaît les indices non verbaux et fait une vérification orale de leur signification 		
<p><u>COMMUNIQUE LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explique les gestes délicats à faire • Commente son examen • Reprend éventuellement l'interrogatoire pour préciser certains points • Fait une synthèse de l'examen clinique 		

<p><u>EXPLIQUE ET PLANIFIE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournit la quantité et le type adéquats d'information • Aide le patient à retenir et comprendre les informations • Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective du patient • Planifie une décision partagée 	<ul style="list-style-type: none"> • Segmente l'information • Crée un lien entre ses explications et le point de vue du patient • Facilite et encourage la participation du patient • Fait reformuler par le patient (<i>« je me rends compte que ce que j'ai dit n'est pas très clair, pourriez-vous le résumer... »</i>) • Détecte des indices verbaux et non verbaux à propos de la transmission des informations • Vérifie la compréhension par des résumés intermédiaires (avec ou sans reformulation) • Précise les détails d'une consigne complexe 		
<p><u>TERMINE L'ENTREVUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prépare la fin de l'entrevue • Met en place une stratégie d'aide et de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Résume la séance et clarifie le plan de soins • Discute des rôles respectifs du patient et du médecin par la suite • Informe des évolutions imprévues éventuelles • Planifie les prochaines étapes 		
<p><u>STRUCTURE L'ENTREVUE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En rendant explicite son organisation <p>TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarifie le programme de la consultation • Redirige la conversation par des interruptions explicites • Fait des résumés intermédiaires • Souligne une transition pour réduire l'incertitude du patient • Obtient l'adhésion du patient • Réalise un entretien flexible mais ordonné • Reste centré sur les tâches à 		

<p>• En prêtant attention au déroulement de l'entrevue</p>	<p>accomplir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gère efficacement le temps imparti pour la consultation 		
<p style="text-align: center;"><u>CONSTRUIT LA RELATION</u></p> <p>• En développant une relation chaleureuse et harmonieuse</p> <p style="text-align: center;">TOUT AU LONG DE L'ENTREVUE</p> <p>• En associant le patient à la démarche clinique et favorisant sa participation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manifeste de l'empathie</u> : <ul style="list-style-type: none"> - reconnaît et comprend le vécu et l'état affectif du patient (reflet) - partage (et reconstruit fidèlement) les sentiments du patient - sait se taire - traite avec tact les sujets délicats ou pénibles • <u>Offre du soutien</u> : <ul style="list-style-type: none"> - affirme sa disponibilité, sa préoccupation, son aide - reconnaît les efforts du patient - fait en sorte que le patient se sente compris, estimé, appuyé en confiance • <u>Adopte une communication éthique</u> <ul style="list-style-type: none"> - a une attitude prévenante et marque du respect - établit une alliance thérapeutique (partenariat) - prend une décision juste et équitable. 		



RESUMES



Résumé

La communication entre le médecin et le patient est une fonction clinique essentielle, qui permet de construire au fil des échanges la relation médecin-patient. Plusieurs études mettent en évidence l'importance de la formation des praticiens à la communication et à la construction de la relation médecin-patient.

Ainsi, une évaluation des compétences en communication médecin-patient s'avère nécessaire pour permettre aux étudiants l'acquisition de compétences spécifiques. Le but de notre étude est d'évaluer les connaissances des étudiants en matière de communication et de recueillir leurs opinions quant à l'utilité du guide d'évaluation pour élaborer à partir de là un protocole de formation à la communication médecin-patient.

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et analytique par questionnaire auto-administré, réalisée entre Septembre 2020 et Mars 2021, incluant 120 étudiants en médecine générale. Nous avons analysé chez ces étudiants sept items de la communication médecin-patient, ensuite nous avons procédé à l'analyse des opinions des étudiants à l'aide de la fiche « discussion de la grille d'évaluation de la communication médecin-patient »

La majorité des étudiants répondants (80%) était favorable à une formation à la communication dans la relation médecin-patient. Ils ont éprouvé des difficultés par rapport à l'emploi du jargon médicale, la communication non verbale, explorer le contexte personnel du patient, inclure le patient dans sa prise en charge...

En analysant leurs avis, la majorité des étudiants a apprécié l'utilisation du guide d'évaluation qui leur a permis de prendre conscience de leur mode de communication.

A la lumière de nos résultats, nous pouvons déduire qu'il n'y a pas de mise en pratique réelle des techniques de communication médecin-patient et que l'intérêt porté à cette fonction reste intuitif.

Une perspective envisagée était de renforcer l'apprentissage de la communication, en proposant un protocole de formation à la communication médecin-patient élaboré à partir des besoins exprimés par les étudiants avec la mise en place d'une grille d'évaluation avec des critères de qualité de la communication médecin-patient et ce de façon cohérente et balisée tout au long du cursus des études médicales.

Abstract

Communication between the physician and the patient is an essential clinical function, which enables the relationship between the physician and the patient to be built over time. Several studies highlight the importance of training practitioners in communication and the construction of the doctor-patient relationship.

Then, an assessment of physician-patient communication skills is needed to enable students to acquire specific skills. The purpose of our study is to assess student's knowledge of communication and to gather their views on the usefulness of the assessment guide in developing a training protocol for physician-patient communication.

This is a descriptive and analytical observational study by self-administered questionnaire, conducted between September 2020 and March 2021, including 120 general medical students. We analyzed seven physician-patient communication items from these students, and then we analyzed student opinions using the "Physician-Patient Communication Evaluation Matrix Discussion Sheet".

The majority of student respondents (80%) were in favour of communication training in the physician-patient relationship. They experienced difficulties in using medical jargon, non-verbal communication, exploring the patient's personal context, including the patient in their management...

In analysing their opinions, the majority of students appreciated the use of the assessment guide which allowed them to become aware of their mode of communication.

In the light of our results, we can deduce that there is no real application of physician-patient communication techniques and that the interest in this function remains intuitive.

A planned perspective was to strengthen communication learning, by proposing a protocol for training in medical communication-patient developed from the needs expressed by the students with the establishment of an evaluation grid with quality criteria of the doctor-patient communication and this in a coherent and marked throughout the curriculum of medical studies.

المخلص

يعد التواصل بين الطبيب والمريض وظيفة سريرية أساسية، مما يسمح ببناء علاقة ثقة بينهما. وقد أبانت عدة دراسات عن أهمية تكوين الأطباء في التواصل مع المريض.

وبالتالي، فإن تقييم مهارات التواصل بين الطبيب والمريض يعد أمراً ضرورياً لتمكين الطلاب من اكتساب مهارات أكثر دقة من أجل بلورة بروتوكول تكويني في هذا الصدد.

يتعلق الأمر بدراسة وصفية وتحليلية من خلال استبيان ذاتي، تم إجراؤه بين سبتمبر 2020 ومارس 2021، يضم العمل 120 طالباً في الطب العام بكلية الطب بمراكش. قمنا بتحليل سبعة معايير تخص التواصل بين الطبيب والمريض، ثم بتحليل آراء الطلبة باستخدام " مذكرة لتقييم التواصل بين الطبيب والمريض "

أغلب الطلاب المشاركين في هذا العمل (80%) أيدوا فكرة التكوين في التواصل بين الطبيب والمريض ومن أهم الصعوبات التي واجهتهم: استخدام المصطلحات الطبية، التواصل غير اللفظي، عدم الأخذ بالاعتبار ظروف المريض الشخصية، وعدم إشراك المريض في اتخاذ القرارات الطبية ...

عند تحليل آرائهم، أعرب أغلب الطلاب عن تقديرهم لاستخدام دليل التقييم الذي جعلهم على دراية بأسلوب تواصلهم.

في ضوء النتائج المحصلة، نستنتج أنه لا توجد ممارسة حقيقية لتقنيات التواصل بين الطبيب والمريض وأن الاهتمام بهذه الوظيفة يظل شخصياً.

نتيجة لما سبق تم العمل على تعزيز الكفاءات التواصلية عن طريق اقتراح بروتوكول تكويني في التواصل بين الطبيب والمريض تم تطويره انطلاقاً من الاحتياجات التي أفسر عنها الطلبة مع إنشاء شبكة لتقييم معايير جودة التواصل بين الطبيب والمريض وذلك طوال فترة الدراسات الطبية.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Iandolo C.**
Guide pratique de la communication avec le patient – Techniques, art et erreurs de la communication.
Masson. 2007.
2. **Mikesell L.**
The cross-cutting edge Medicinal relationships : caring conversation.
Med Educ. 2013;443-452.
3. **Warnecke E.**
The art of communication.
Aust Fam Physician. 2014;43(3):156-158.
4. **Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Warton EM, Schillinger D.**
Communication and Medication Refill Adherence.
Am Med Assoc. 2015;173(3):210-218.
5. **Stewart MA.**
Effective Physician-Patient communication and health outcomes: a review.
Can Med Assoc J. 1995;152(9):1423-1433.
6. **Stewart M.**
Reflections on the doctor – patient relationship : from evidence and experience.
Br J Gen Prat. 2005:793-801.
7. **Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL.**
Survey of Sued and Nonsued Physicians and Suing Patients.
Arch Intern Med. 1989;149:2190-2196.
8. **Lussier M, Richard C.**
Doctor-patient communication: complaints and legal actions
Can Fam Physician. 2005;5:37-39.
9. **Ha JF, Hons M, Anat DS, Longnecker N, Charles S, Hospital G.**
Doctor-Patient Communication : A Review.
Ochsner J. 2010;10:38-43.
10. **Balint M.**
The Doctor, His Patient and the Illness.
Internatio. New York; 1957.

11. **Kurtz S, Silverman J, Draper J.**
Teaching and learning communication skills in medicine.
Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.
12. **Silverman J.**
The Calgary-Cambridge guides: the "teenage years."
Clin Teach. 2007;4(2):87-93.
13. **Silverman J, Kurtz S, Drapper J.**
Outils et Stratégies Pour Communiquer Avec Le Patient.
Editions Médecine & Hygiène, 2010.
14. **Makoul G, Schofield T.**
Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement.
Patient Educ Couns. 1999;37(2):191-195.
15. **Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O.**
Compétence en communication professionnelle en santé.
Pédagogie Médicale. nov 2010;11(4):255-72.
16. **Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B.**
Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.
Br J Gen Pract. 2005 Apr 1
17. **Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C.**
A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings.
Br J Health Psychol. 2006 May.
18. **ROGERS Carl.**
Le développement de la personne.
Inter-éditions. Paris. 2005.
19. **POUCHAIN D, ATTALI C, DE BUTLER J, et al.**
Médecine Générale : Concepts & Pratiques.
Paris. Masson. 1996.
20. **Bioy A, Bourgeois F, Nègre I.**
Communication soignant-soigné : Repères et Pratiques.
BREAL. 2003.

21. **BERNARD F, MUSELLEC H.**
La communication dans le soin.
Arnette, Juin 2018.
22. **ESSER M.**
La PNL en perspective.
2nd ed: Editions Labor, 2003
23. **BANDLER R.**
Un cerveau pour changer.
Inter-éditions. Sept 2018
24. **Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).**
La communication dans la médecine au quotidien. 2013
Disponible sur Internet :
https://www.samw.ch/dam/jcr:a90c757b111d4290a642a356bab2e935/guide_pratique_assm_communication.pdf.
25. **Buckman R.A.**
Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy.
Community Oncology. 2005; 2(2): 138-42.
26. **Rouiller J, Pillonel M.**
Faire appel à l'auto-évaluation pour développer l'autonomie de l'apprenant.
Cah Pédagogiques. 2001.
27. **O'BRIEN H.V, MARKS MB, CHARLIN B.**
Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l ' intervention pédagogique en milieu clinique.
Pédagogie Médicale. 2003;4:184-191.
28. **Bonel S.**
La formation à la relation médecin-patient : enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en janvier 2008.
Thèse de médecine. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil. 2009, 173p.
29. **Maud Napol, Sarah Kuhn.**
Critères de qualité selon les patients, de la communication médecin-patient en médecine générale.
Thèse de médecine. Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine de Grenoble, 2018.

30. **Guessoum I, Armengau C.**
Opinions d'internes en médecine générale sur l'évaluation de leur compétence de communicateur au moyen d'un guide d'auto-évaluation à la communication.
Thèse de médecine. Université de Nice Sophia Antipolis; 2016, 57p.
31. **Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al.**
Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents.
Acad Med. août 2011;86(8):996-1009.
32. **Papers O.**
Patients' perceptions of GP non-verbal communication : a qualitative study.
Br J Gen Prat. 2010;(August 2009):83-87.
33. **Wilson JF, Langer S, Haist SA.**
House Staff Nonverbal Communication Skills and Standardized Patient Satisfaction.
JGIM. 2003.18:170-174
34. **Mehrabian A.**
Nonverbal Communication.
Broché. 2007.
35. **Richard C, Lucier M.**
La Communication Professionnelle En Santé.
Broché. 2005 ; 131-135.
36. **Cécilia LARAPIDIE**
Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient.
Thèse de médecine. Université Toulouse III - Paul SABATIER. Faculté de médecine Rangueil, 2018.
37. **Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA.**
The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment.
Patient Educ Couns. 2014.
38. **Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, et al.**
Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey.
Patient Educ Couns. 2010.

39. **ALFONSO-ROCA M., SCHOUWEY I, GIRARD C.**
Le programme des compétences cliniques et l'utilisation des patients standardisés à L'université de Fribourg. 2013.
40. **Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J.**
Marrying content and process in clinical method teaching : enhancing the Calgary-Cambridge guides.
Acad Med. 2003;78(8):802-9.
41. **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. 2004;5(2):110-26.
42. **Even G.**
Enseigner la relation médecin-malade : Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil.
Pédagogie Médicale. 2006;7(3):165-73.
43. **Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al.**
Effect of communications training on medical student performance.
JAMA. 2003;290(9):1157-65.
44. **ATTALI C, et al.**
Référentiel Métier et Compétences des médecins généralistes.
http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf.
Published 2009.
45. **Richard C, Lucier M-T.**
La Communication Professionnelle En Santé.
Broché.; 2005 ;175-176
46. **Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Richard Frankel M.**
The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions.
Arch Intern Med. 1994;154(12):1365-1370.
47. **Bertakis KD, Azari R, Charges K, Care P.**
Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization.
JABFM. 2011:229-239.

48. **Makoul G.**
Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement.
Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2001.
49. **Langewitz W, Eich P, Kiss A, Wossmer B.**
Improving Communication Skills–A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine.
Psychosom Med. 1998;60.
50. **Millette B, Lussier M, Goudreau J.**
L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d' une mission académique prioritaire.
Pédagogie Médicale. 2004;5:110–126.
51. **George Miller E.**
The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance.
Acad Med. 1990;9:63–67
52. **Chamberland M.**
Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique.
Pédagogie Médicale. 2005;6(1):98–111.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

أطروحة رقم 166

سنة 2021

تقييم التواصل بين الطبيب و المريض في الممارسة الطبية :
نحو اقتراح بروتوكول لتكوين طلبة الطب
في التواصل مع المريض

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم **2021/10/04**
من طرف

السيد محمد الهبيلي

المزداد في 19 دجنبر 1993 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التواصل بين الطبيب والمريض - تقييم - بروتوكول التكوين - تقنيات التواصل -
مقاربة المريض

اللجنة

الرئيس

م. الحطاوي

السيد

أستاذ في طب القلب والشرابين

المشرف

س. الكريمي

السيدة

أستاذة في طب القلب والشرابين

إ. عدلي

السيدة

أستاذة في الطب النفسي

أ. فخري

السيد

أستاذ في علم الأنسجة - علم الأجنة الخلوي

الحكام {