



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N° 139/19

# LA CONSULTATION EN PRÉSENCE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE : QUEL IMPACT SUR LA RELATION MÉDECIN -MALADE ? (A propos de 384 cas)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/06/2019

PAR

Mlle. HANINI RIM

Née le 14 Juin 1994 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Etudiant en médecine - Stage hospitalier - Consultation - Relation thérapeutique

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB..... Professeur de Pneumo-phtisiologie	PRESIDENT
M. AALOUANE RACHID..... Professeur de Psychiatrie	RAPPORTEUR
Mme. AARAB CHADYA..... Professeur agrégé de Psychiatrie	} JUGES
M. YASSARI MOHSINE..... Professeur agrégé de Psychiatrie	

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients des cas selon le sexe.

Figure 2 : Répartition des patients des témoins selon le sexe.

Figure 3 : Répartition des patients des cas selon le lieu de résidence

Figure 4 : Répartition des patients des témoins selon le lieu de résidence

Figure 5 : Répartition des patients des cas selon leur niveau de scolarité

Figure 6 : Répartition des patients des témoins selon leur niveau de scolarité

Figure 7 : Répartition des patients des cas selon la situation maritale

Figure 8 : Répartition des patients des témoins selon la situation maritale

Figure 9 : Répartition des patients des cas selon l'activité professionnelle

Figure 10 : Répartition des patients des témoins selon l'activité professionnelle

Figure 11 : Répartition des patients des cas selon leur niveau socio-économique.

Figure 12 : Répartition des patients des témoins selon leur niveau socio-économique.

Figure 13 : Répartition des patients des cas selon le diagnostic présenté.

Figure 14 : Répartition des patients des Témoins selon le diagnostic présenté.

Figure 15 : Répartition des patients des cas selon la fréquence de consultation.

Figure 16 : Répartition des patients des témoins selon la fréquence de consultation.

Figure 17 : Répartition des patients des cas selon le nombre de consultations avec le médecin seul

Figure 18 : Répartition des patients selon le nombre de consultations en présence de l'étudiant

Figure 19 : Répartition des patients des cas selon la présence d'un médecin dans la famille

Figure 20 : Répartition des patients des témoins selon la présence d'un médecin dans la famille

Figure 21 : Répartition des patients des témoins selon l'information préalable de la présence de l'étudiant.

Figure 22 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'étudiant dans la consultation

Figure 23 : Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de l'étudiant dans la consultation

Figure 24 : Répartition des patients des cas selon les raisons d'acceptabilité de l'étudiant

Figure 25 : Répartition des patients des témoins selon les raisons d'acceptabilité de l'étudiant

Figure 26 : Répartition des patients des cas selon les raisons de non acceptabilité de l'étudiant.

Figure 27 : Répartition des patients des témoins selon les raisons de non acceptabilité de l'étudiant.

Figure 28 : Répartition des patients des cas selon l'acceptation de l'étudiant dans les prochaines consultations.

Figure 29 : Répartition des patients des témoins selon l'acceptation de l'étudiant dans les prochaines consultations.

Figure 30 : Répartition des patients des cas selon leur préférence de consulter le médecin seul de temps en temps.

Figure 31 : Répartition des patients des témoins selon leur préférence de consulter le médecin seul de temps en temps.

Figure 32 : Répartition des patients des cas selon leur perturbation par la présence de l'étudiant.

Figure 33 : Répartition des patients des témoins selon leur gêne par la présence de l'étudiant dans la consultation.

Figure 34 : Répartition des patients des cas selon leur impression au sujet de la consultation.

Figure 35 : Répartition des patients des cas selon l'attitude du médecin

Figure 36 : Répartition des patients des témoins selon l'attitude du médecin.

Figure 37 : Répartition des patients des cas selon leur avis sur la qualité des soins procurés en présence de l'étudiant.

Figure 38 : Répartition des patients des témoins selon leur avis sur la qualité des soins procurés en présence de l'étudiant.

Figure 39 : Répartition des patients des cas selon leur avis sur la nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation pour sa formation

Figure 40 : Répartition des patients des témoins selon leur avis sur la nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation pour sa formation

Figure 41 : Répartition des patients des cas selon leur satisfaction de la consultation.

Figure 42 : Répartition des patients des cas selon l'attitude du médecin.  
(Préoccupation par le stagiaire)

Figure 43 : Répartition des patients des cas selon leur gêne par le langage médical non compris entre le médecin et l'étudiant.

Figure 44 : Répartition des patients des cas selon leur bénéfice de la consultation.

Figure 45 : Répartition des patients des témoins selon leur bénéfice de la consultation.

Figure 46 : Répartition des patients des cas selon leur avis sur l'apport de la consultation.

Figure 47 : Répartition des patients des témoins selon leur avis sur l'apport de la consultation.

Figure 48 : Répartition des patients des cas selon leur bénéfice de la consultation (Explications de l'étudiant).

Figure 49 : Répartition des patients des témoins selon leur bénéfice de la consultation (Explications de l'étudiant).

Figure 50 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de donner des informations personnelles.

Figure 51 : Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de donner des informations personnelles.

Figure 52 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'accès au dossier médical par l'étudiant.

Figure 53 : Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de l'accès au dossier médical par l'étudiant.

Figure 54 : Répartition des patients des cas selon leur confiance envers leur médecin.

Figure 55 : Répartition des patients des témoins selon leur confiance envers leur médecin.

Figure 56 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'étudiant menant l'entretien psychiatrique.

Figure 57 : Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de l'étudiant menant l'entretien psychiatrique.

Figure 58 : Répartition des patients des cas selon l'attitude de l'étudiant.

Figure 59 : Répartition des patients des témoins selon l'attitude de l'étudiant.

Figure 60 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'épisode dépressif majeur

Figure 61 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'épisode dépressif majeur

Figure 62 : Répartition des patients des cas selon le degré du risque suicidaire.

Figure 63 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'épisode maniaque.

Figure 64 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'épisode maniaque.

Figure 65 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté du TOC

Figure 66 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté du TOC

Figure 67 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'ESPT.

Figure 68 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'ESPT.

Figure 69 : Répartition des patients des cas selon les addictions

Figure 70 : Répartition des patients des témoins selon les addictions

Figure 71 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté du trouble psychotique

Figure 72 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté du trouble psychotique

Figure 73 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'anxiété généralisée.

Figure 74 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'anxiété généralisée.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 représentant une schématisation des caractéristiques des différents modèles relationnels en médecine

Tableau 2 : Résultats d'étude

Tableau 3 représentant les différents troubles évalués par le M.I.N.I

Tableau 4 comparant l'empathie entre les deux groupes

Tableau 5 comparant les diagnostics du M.I .N.I entre les groupes

Tableau 6 représentant les raisons de refus du stagiaire dans notre étude .

Tableau 7 : Résultats d'étude

## LISTE DES ABREVIATIONS

- EDM : Episode dépressif majeur
- ESPT : Etat de stress post traumatique
- IRI : InterpersonalReactivity Index
- M.I.NI : Mini International Neuropsychiatric Index
- RMM : Relation médecin – malade
- T.S : Tentative de suicide
- TAG : Trouble d'anxiété généralisée
- TCA : Trouble de conduite alimentaire
- TOC : Trouble obsessionnel compulsif

# PLAN

<b>I Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>SECTION I : PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>16</b>
1-Relation thérapeutique .....	17
1-1. Le médecin, son malade et la maladie : .....	17
1-2. Evolution de la relation médecin / malade : Les modèles décisionnels : ....	18
2- Alliance thérapeutique .....	22
2-1. Concept théorique : .....	22
2-2. Variables qui Influencent l'Alliance Thérapeutique : .....	24
2-3. Appariement des Styles d'Attachement.....	26
3- Concept de l'empathie .....	28
3-1. Généralités .....	28
3-2. Empathie dans le domaine de psychologie : .....	29
3-2-1. Construit uni ou multidimensionnel ? .....	29
3-2-2. Tendances actuelles : .....	31
3-2-3. Phénomènes explicatifs : .....	32
4- Impact de la présence de l'étudiant sur la relation médecin malade.....	33
<b>SECTION II : PARTIE PRATIQUE</b> .....	<b>36</b>
<b>Objectifs de l'étude</b> .....	<b>37</b>
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>39</b>
1-Type de l'étude : .....	40
2-Population d'étude : .....	40
3-Réalisation de l'étude : .....	41
4. Fiche d'exploitation.....	41
5-Echelles psychométriques : .....	41
5-1. Echelle de l'empathie IRI (InterpersonalReactivity Index) : .....	41
5-2. Le MINI : .....	42

6–Méthodes statistiques .....	44
<b>Résultats :</b> .....	<b>45</b>
A– Etude descriptive :.....	46
1. Données sociodémographiques : .....	46
1.1. Sexe : .....	46
1.2. Age .....	47
1.3. Lieu de résidence .....	48
1.4. Scolarité .....	49
1.5. Situation maritale.....	50
1.6. Activité professionnelle .....	51
1.7. Niveau socio–économique .....	52
2. Données liées à la consultation .....	54
2–1 Diagnostic DSM V.....	54
2–2 Fréquence de consultation à l'hôpital Ibn Al Hassan.....	56
2–3 Nombre de consultation avec le médecin seul.....	58
2–4 Nombre de consultations en présence de l'étudiant .....	59
2–5 Membre de la famille médecin / étudiant en médecine .....	60
3. Information de la présence de l'étudiant en consultation :.....	61
3–1 Connaissance de la présence de l'étudiant .....	61
3–2 Présentation aux étudiants avant la consultation : .....	61
4. L'acceptabilité de l'étudiant : .....	62
4–1. Présence de l'étudiant acceptée :.....	62
4–2. Les raisons d'acceptabilité de l'étudiant : .....	63
4–3. Les raisons de non acceptabilité de l'étudiant :.....	65
4–4. Acceptabilité de l'étudiant dans les prochaines consultations : .....	67
4–5. Préférence du médecin seul dans la consultation : .....	68

4-6. Consultation au CHU si la présence de l'étudiant est permanente : .....	69
5 -L'impact de l'étudiant sur la relation médecin-malade : .....	69
5-1. Perturbation de la relation médecin-malade par la présence de l'étudiant : .....	69
5-2. Impression au sujet de la consultation en présence de l'étudiant : .....	71
5-3. Le médecin en présence de l'étudiant : .....	72
5-4. Qualité de soins en présence de l'étudiant : .....	73
6. La nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation dans sa formation : .....	75
7 Satisfaction de la consultation .....	77
7-1 Raisons de mécontentements .....	78
8- Apport de la présence de l'étudiant sur la consultation .....	81
8-1 Bénéfices de la consultation en présence de l'étudiant : .....	83
8-2 Patient formateur : .....	84
8-3 Explications lors de la présence de l'étudiant : .....	86
9- Impact de la présence de l'étudiant sur la confidentialité de la relation thérapeutique .....	87
9-1 Informations personnelles en présence de l'étudiant : .....	87
9-2 Accès au dossier médical par l'étudiant : .....	89
9-3 Confiance envers le médecin vu son statut de médecin formateur.....	91
9-4 Etudiant menant entretien psychiatrique .....	92
10- Attitude de l'étudiant dans la consultation : .....	93
11- Echelles psychométriques : .....	95
11-1 LE MINI : .....	95
11-2 Questionnaire IRI : .....	108

<b>B Etude analytique</b> .....	109
1– Comparaison de l'empathie entre les groupes .....	109
2– Comparaison du M.I.N.I entre les groupes .....	110
<b>Discussion</b> .....	111
1– Argumentaire de l'étude .....	112
2– Synthèse des résultats et comparaison avec les études similaires .....	112
2-1. Données sociodémographiques .....	112
2-2. Impact de motif de consultation sur la perception du patient .....	114
2-3. Acceptation de l'étudiant par le patient .....	115
2-4. Refus de l'étudiant par le patient .....	117
2-5. Facteurs liés à l'étudiant .....	119
2-6. Impact de l'étudiant sur la relation thérapeutique .....	119
2-7. Impact de l'étudiant sur la confidentialité .....	121
2-8. Degré de satisfaction du patient en présence de l'étudiant .....	123
3– Points forts et limites de l'étude .....	125
4– Perspectives de l'étude .....	127
5–Recommandations .....	127
<b>Conclusion</b> .....	128
<b>Résumé</b> .....	130
<b>Bibliographie</b> .....	137
<b>Annexes</b> .....	144

# INTRODUCTION

Au Maroc, l'étudiant en médecine effectue un passage obligatoire à partir de sa troisième année par plusieurs stages hospitaliers, dans différentes spécialités au sein du CHU.

Sa participation dans le soin des patients est considérée comme élément de base pour sa formation, car une partie « vitale » de son éducation se fait à travers l'interaction directe avec les patients.

En effet, le passage en service de psychiatrie avec les cours de psychologie médicale enseignés dans la faculté de médecine, constitue une occasion à l'étudiant pour s'initier aux bases de la relation médecin-malade et à la place du médecin dans le système de soins par rapport aux autres acteurs dans le domaine de la santé.

Il nous a semblé intéressant de rechercher quelles pouvaient être les conséquences de la présence de ce stagiaire sur la relation médecin-malade. En effet, la relation thérapeutique se conçoit habituellement comme une relation duelle. Ne se trouve-t-elle pas changée par l'arrivée de cette tierce personne ? Le médecin accueillant peut-il se sentir entravé dans sa mission de santé ? Le patient est-il forcément favorable à la présence d'un étudiant lors de sa consultation avec son médecin, médecin avec lequel il a établi une relation de confiance et de confidentialité ? Telles sont les questions qui se posent légitimement à un stagiaire partageant l'intimité professionnelle d'un confrère .

Nous avons tenté de retracer brièvement la mise en place du stage chez le praticien et de décrire l'arrivée progressive d'un tiers aux côtés du médecin et du malade telle qu'elle a été pensée par le législateur.

Par ailleurs, nous avons tenté, au travers d'une revue de la littérature d'analyser la relation médecin-malade, de mesurer l'impact de la présence du stagiaire sur cette relation médecin-malade

Afin de comparer notre expérience à celle de nos prédécesseurs, nous avons effectué une étude. Elle visait à préciser ces données grâce à un questionnaire appréciant, dans certaines conditions d'exercice de la médecine générale, l'impact de la présence du stagiaire pendant la consultation.

# **SECTION I :**

## **Place de l'étudiant dans la relation thérapeutique**

## 1-Relation thérapeutique :

### 1-1 Le médecin, son malade et la maladie :

Le médecin est L'homme de référence, un être infallible : il était donné au médecin un rôle de certitude, une fonction « apostolique » [1] charismatique avec une croyance en un « pouvoir » particulier pour soulager la souffrance et sauver une vie. Balint M évoquait le « remède médecin » ou le « médecin médicament »[1]

Le malade est l'être en souffrance, en position de soumission, dépossédé de sa propre image, de son temps avec une perte de maîtrise de sa vie, et devenant totalement dépendant. Il était décrit deux types de patients : le « bon patient », idéalisé par le médecin, compliant et guérissable, rassurant le soignant sur son pouvoir et ses compétences ; le « mauvais patient » cherchant et expliquant comment le médecin doit faire, remettant en question les décisions prises. Passer d'un statut à l'autre avec la volonté à la fois de tout maîtriser mais aussi de se laisser déposséder.

La maladie est le catalyseur, la raison d'être du malade et la cause de la relation thérapeutique.

Pour Balint M [1] , une partie des symptômes et des plaintes présentées par le malade à son médecin était une fonction identitaire : donner un statut pour viser à une reconnaissance.

La Relation Médecin–Malade est un « colloque singulier »[1] , une rencontre de deux personnes, un médecin « détenteur d'un savoir » et un patient « détenteur d'un problème ».

Une rencontre asymétrique [2] et inégale où chacun tenait un rôle précis.

En médecine générale, souvent le malade était à l'origine de la relation, dans la mesure où il choisissait le médecin et initiait la relation.

La relation de confiance [2,3] était devenue une nécessité pour le patient et autorisait le dialogue. « L'offre symptomatique »[1] du patient pouvait cacher une demande latente exprimant de véritables désirs.

## 1-2 Evolution de la relation médecin / malade : Les modèles décisionnels

La relation entre un médecin et un malade n'est jamais figée , elle est marquée de variabilité, de temporalité et de complexité et doit évoluer pour adopter les modes de communication apportant un maximum d'efficacité dans le soin.

### - Le modèle paternaliste :

C'est le plus ancien des modèles. Il a prévalu depuis la médecine grecque et a caractérisé la relation médecin/ malade occidentale jusque dans les années 1980[4]. Dans ce modèle, décrit par Parsons suite à ses observations sociologiques dans les années 1950[5], le médecin est considéré comme l'expert et le patient est ignorant de la science médicale . En raison de cette asymétrie de connaissance, le médecin est socialement reconnu légitime à décider seul , en fonction de ses préférences , de ce qui lui semble être le plus approprié pour le patient. Il pense savoir ce qui est le mieux pour le patient et agit au mieux des intérêts de ce dernier avec altruisme [6,7,8] , selon le principe de bienfaisance auquel Hippocrate a attaché définitivement le principe de non-malfaisance « premièrement, ne pas nuire , deuxièmement , soigner »

Bien qu'il soit très attaqué , ce modèle demeure cependant , profondément ancré par plus de deux millénaires de pratique médicale hippocratico-galénique . La résistance à l'abandonner , de la part des médecins , s'exprime par un recentrage sur les connaissances médicales , en privilégiant le courant de l'evidence - based medicine (médecine basée sur les faits) . La résistance de la part des malades ,

s'exprime à travers la confiance accordée au médecin et la volonté assumée de lui abandonner toute autorité décisionnelle par peur du stress généré par le fait de « savoir ». Cette confiance peut même aller jusqu'à revendiquer le droit légitime de ne pas savoir.

### Le modèle « autonomiste » :

Apparu dès les années 80 , en réaction aux insuffisances du modèle paternaliste et aux évolutions de la société, ce modèle , appelé aussi « informatif » , du « patient-décideur » , et même parfois « consumériste » , correspond à la vision anglo-saxonne de l'individu et la reconnaissance de la personne à travers l'acceptation des droits de l'homme .

Le principe de base est le respect de l'autonomie individuelle et les décisions sont centrées autour des préférences du patient car il est la première personne concernée par ces décisions. Le médecin n'est qu'informateur, ses préférences ne sont pas prises en compte [6,7,9]. Ce modèle , conséquence logique des évolutions socio-économiques de notre société , a le mérite de recentrer la décision sur le malade . Du fait de l'accès de plus en plus simple à l'information par le patient et la mise en exergue du risque médico-légal , c'est vers ce modèle que tendent certains médecins [10], bien que cette évolution ne soit sans doute pas le gage d'une optimisation de l'utilisation de notre système de soins.

En effet , ce modèle possède aussi des limites . On peut y voir une déshumanisation de la relation ( peu appréciée des patients ) , poussée vers l'hyperspécialisation . Les médecins sont uniquement techniciens , prestataires de services , n'ayant pas de rôle accordé dans la démarche décisionnelle [9] et le patient lui , devient consommateur de soins .

Se pose également le problème des situations où les préférences du malade vont contre son intérêt ou celui du système de soins. C'est le cas du refus de soin ,

c'est encore le cas lorsque la demande de soin s'inscrit contre les données actualisées et admises de la science , les recommandations nationales et internationales , ou contre la pérennité du système de soin.

- **Le modèle de « décision médicale partagée » :**

Le modèle de décision médicale partagée , ou modèle « délibératif » , est apparu plus récemment comme modèle intermédiaire. Il propose une communication équilibrée entre le patient et le médecin afin d'aboutir à une prise de décision en accord mutuel.

- **Le modèle « collectiviste » :**

Nous l'évoquons car il est traditionnellement décrit au côté des précédents modèles, paternaliste et autonomiste, mais n'est pas , à proprement dit, un modèle « relationnel » entre un patient et un médecin , car la communication et l'échange entre les protagonistes y est beaucoup plus limité . En effet, ce modèle fait intervenir un troisième acteur, la société, qui s'exprime par le biais de lois et de textes juridiques . Le pouvoir décisionnel est attribué à la collectivité qui favorise l'utilité collective . Le médecin est ici un intermédiaire qui peut adopter , tantôt un rôle de mandataire de l'état , tantôt un rôle d'avocat du malade . Le modèle collectiviste repose sur les principes de la solidarité et de justice [6,7,9] : « Ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous ». Sa force réside dans la distribution de moyens considérables et dans leur accès au plus grand nombre .

Ses limites tiennent au respect de l'individu qui peut être sacrifié au regard du bien collectif.

C'est également en référence à ce modèle que la loi peut imposer la solidarité , comme c'est le cas pour les vaccinations ou les obligations thérapeutiques pour certaines maladies contagieuses par exemple ...

Ce modèle est peu développé car, en règle générale , lorsqu'il y a discordance , notre système a tendance à privilégier l'individu au détriment de la collectivité . La limite la plus importante concernant ce modèle est liée à la nécessité d'un haut niveau de responsabilité , tant de la part des usagers qui ne doivent pas adopter une attitude individuelle , que de la part des décideurs qui ne doivent pas se retrancher en permanence derrière le paravent du principe de précaution [9]...

Tableau 1 représentant une schématisation des caractéristiques des différents modèles relationnels en médecine

Critères	Modèles traditionnels			Modèle délibératif « Microconsensus »
	Paternaliste	Autonomiste	Collectiviste	
Fondement moral	Altruisme	Autodétermination	Solidarité	Respect de la personne et la solidarité
Centrage	Médecin	Malade	Société	Réalité partagée
Référence	Savoir	Préférences du malade	Utilité	Accord mutuel librement consenti
Principe	Bienfaisance	Autonomie	Justice	Responsabilité
Maxime	« Ne fais aux autres que ce que tu souhaiterais qu'ils te fassent »	« Ne fais aux autres que ce qu'ils souhaitent qu'on leur fasse »	« Ne fais aux autres que ce qui est bon pour tous »	« Ne fais aux autres que ce que tu t'es engagé à faire pour eux , avec leur accord »
Règles d'action	Serment d'Hippocrate	Droits de l'homme	Droit positif	1 .Réalisme 2. Cohérence 3.Rationalité 4.Autonomie 5. Parité

Aucun modèle n'est mauvais en soi mais le rôle du médecin est d'amener le patient, à son rythme, à une certaine autonomie et à l'acceptation de la maladie afin de la surmonter et de pouvoir y réagir au mieux. Certains patients resteront dans une relation primaire, ayant besoin d'une « autorité protectrice » . D'autres prendront progressivement leur place dans un partenariat, une alliance. Le médecin se doit de percevoir ces mécanismes relationnels pour les respecter , pour s'adapter ,et pour aider le patient à gérer son capital santé en fonction de ses représentations et de ses attentes .[8]

## **2- L'alliance thérapeutique :**

### **2 – 1 Concept théorique :**

Un des concepts clés qui permet de comprendre et de décrire le processus et la relation psychothérapeutiques se retrouve sous l'appellation de l'alliance [11]

La vision actuelle de celle-ci prend sa source dans la théorie psychanalytique. En fait, elle dérive du concept freudien qui fait référence aux sentiments d'affection éprouvée par le patient face au thérapeute [12].

Freud et ses collègues psychanalystes reconnaissaient déjà l'importance des aspects collaborateurs à l'intérieur du processus de psychothérapie. C'est toutefois en 1956 que Zetzel E [13] a introduit le concept de la relation thérapeutique. Il la définissait alors comme étant une relation de travail basée sur le respect, la confiance, la collaboration et l'engagement mutuels des participants[14]. Selon lui, cette identification du patient envers son thérapeute se fait par la répétition des aspects qui ont été centraux à la relation mère enfant. Le terme d'alliance de travail (working alliance) fut toutefois proposé par Greenson R (1965) qui affirmait que le rapport entre le patient et le thérapeute était constitué d'une relation consciente et d'une relation inconsciente, deux composantes non exclusives mutuellement et

essentielles au succès thérapeutique [15]. Rapidement, le concept de l'alliance s'est propagé aux autres approches thérapeutiques.

Bien qu'il existe plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique, les chercheurs s'entendent pour dire que c'est un procédé de collaboration où le patient et le thérapeute développent un lien de confiance, en plus de négocier un contrat avec une convergence sur les buts à atteindre et un consensus sur les tâches à effectuer [16]. Le concept de l'alliance inclut donc la présence d'un engagement réciproque, une implication active des deux participants et un lien émotionnel en vue du mieux-être du patient [17].

C'est en se basant sur la définition précédente que Mallinckrodt B. et al [18] mettent en relief les auteurs considèrent différences entre l'alliance thérapeutique et l'attachement au thérapeute. Selon eux, la relation d'attachement développée envers le thérapeute a pour finalité de mettre en place une proximité maximale afin de sécuriser le patient dans l'exploration de sa souffrance. Parce que cette recherche du maintien d'une distance psychologique adéquate ainsi que le besoin d'être sécurisé sont les objectifs visés par les comportements d'attachement, que l'attachement qui se développe envers le thérapeute est un construit qui diffère de l'alliance thérapeutique. Cette dernière prenant appui sur les tâches et les buts définis à l'intérieur de la relation d'aide, ceux-ci deviennent parfois incompatibles au désir de rapprochement au thérapeute. En effet, il arrive fréquemment que la finalité d'une démarche de consultation soit d'éliminer les besoins de dépendance du patient afin de le mener vers la voie de l'autonomie. D'un autre côté, Mallinckrodt B. et al [18] admettent l'existence d'un chevauchement possible entre les notions d'attachement au thérapeute et d'alliance. Ils soulèvent que le CATS pourrait mesurer la dimension du lien de confiance entre le thérapeute et son patient qui est déjà impliqué dans l'alliance. Toutefois, ils affirment avoir franchi un pas important

dans la distinction des deux concepts. Alors que les questionnaires d'alliance ne font qu'évaluer la force de la relation, le CATS offre un résultat qualitatif sur la nature du lien d'attachement, à l'aide de leurs sous-échelles [19].

## **2-2 Variables qui Influencent l'alliance thérapeutique :**

Plusieurs variables de différences individuelles ont été identifiées comme ayant une influence sur la relation développée entre le patient et son aidant [20]

Klee et ses collaborateurs ont trouvé que la capacité du patient à entretenir des relations interpersonnelles stables et basées sur une confiance mutuelle est un pronostic favorable à l'alliance thérapeutique. La variation du degré d'engagement des patients se voit donc attribuable à la qualité de leurs relations primaires passées, à l'intérieur desquelles ils ont développé différents niveaux de tolérance à l'intimité et des désirs d'affiliation plus ou moins grands [21]. En faisant référence à la dimension du lien émotionnel facilitant l'alliance thérapeutique, on évoque un concept qui serait proche du style d'attachement. Ainsi, malgré l'absence de référence directe à la théorie de l'attachement, les auteurs semblent partager l'idée que l'expérience d'attachement avec le parent est un facteur qui affecte la capacité du patient à développer une alliance efficace, parce que le thérapeute et la relation thérapeutique sont soumis aux représentations mentales du patient intégrées lors de l'attachement primaire [22,23]. Sur le plan théorique, il est donc plausible de tracer un lien entre le style d'attachement du patient et l'évaluation que ce dernier fait de l'alliance thérapeutique.

Mallinckrodt B. et al [23] ont effectué une recherche leur permettant de statuer sur l'idée que les relations vécues avec les membres significatifs de la famille, sont de bons prédicteurs de la qualité de l'alliance thérapeutique développée en relation d'aide. Pour y arriver, ils ont sollicité 76 patientes d'un centre universitaire de

consultation psychologique qui avaient toutes fait en moyenne huit entrevues. Avec l'administration du Parental Bonding Instrument [24] et du Working Alliance Inventory[25], Il a été démontré que les liens parentaux d'attachement sont des prédicteurs significatifs de la force de l'alliance thérapeutique qui s'établit entre le patient et son thérapeute.

Satterfield W et al [16]s'intéressent également à la manière dont les modèles personnels d'attachement des patients affectent la façon dont ils forment alliance avec leur thérapeute respectif. Soixante patients qui recevaient de l'aide thérapeutique dans une clinique de counseling universitaire auprès d'étudiants en formation ont répondu à des instruments auto-administrés d'attachement (AdultAttachmentScale, AAS;) et de l'alliance (Working Alliance Inventory, WAI;[25]), suivant la troisième rencontre. Ils ont trouvé des corrélations significatives entre les échelles des deux questionnaires. Ainsi, ils affirment qu'il y a une relation positive entre la dimension de dépendance et l'alliance totale. Ceci leur permet de conclure que les patients ayant un style d'attachement indépendant ,évaluent négativement la relation thérapeutique, ce qui peut mener à des réponses de changement non favorables.

Mallinckrodt B .et al [23] affirment que c'est une erreur d'attribuer la responsabilité de la qualité de l'alliance thérapeutique uniquement aux caractéristiques des patients. D'autres chercheurs appuient ce point de vue et s'appliquent à regarder l'impact du style d'attachement des cliniciens sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients. Tout comme ces derniers, les représentations mentales du thérapeute formées à partir de ses premières relations d'attachement sont éveillées en contexte thérapeutique. Dozier M .et al[26] observent aussi l'importance des organisations d'attachement des thérapeutes dans leur façon d'intervenir et de répondre au patient . Ils stipulent que les thérapeutes

endossent leur rôle d'aidant en conformité avec leur propre style d'attachement activé dans leurs relations intimes. Selon eux, l'habileté des thérapeutes à servir de base sécurisante au patient afin que celui-ci arrive à modifier et à atténuer la flexibilité des représentations mentales du soi et des autres est affectée par l'organisation propre de l'attachement du thérapeute. Dozier M .et al[26] tentent de voir la relation entre le style d'attachement du thérapeute et la nature de ses activités techniques (profondeur des interventions, l'attention portée aux besoins de dépendance exprimés par le patient ) afin de mesurer sa capacité de répondre à la prise en charge thérapeutique de son patient.

Les résultats de leur étude montrent que les thérapeutes du style sécurisant, ayant une perspective cohérente et non défensive de leurs expériences personnelles d'attachement, possèdent un bagage de ressources internes suffisant pour offrir un bon support au patient en demande d'aide. Ils ont plus de facilité à confronter les défenses affectant le cadre de travail ainsi qu'à s'attarder sur les paramètres qui régissent la relation thérapeutique. De leur côté, les cliniciens des styles non sécurisants répondent aux patients avec confluence, complémentarité et ils ont davantage tendance à percevoir des besoins de dépendance chez leurs patients qu'ils éviteront de confronter. Ces observations établissent donc un lien entre les styles d'attachement des thérapeutes, leurs activités techniques et la façon dont ils entrent en relation avec le patient [27] .Toutefois, les auteurs ne font pas directement référence à l'impact que ces paramètres ont sur le développement proprement dit de l'alliance thérapeutique.

## **2- 3 Appariement des Styles d'Attachement**

Puisque le processus thérapeutique est un rapport interpersonnel, il s'avère essentiel de regarder le patient et le thérapeute comme étant deux composantes de

la dyade qui s'influencent mutuellement. Alors que les résultats trouvés entre le style d'attachement du patient et l'alliance thérapeutique s'avèrent significatifs[28,23,16], une importante dimension a été négligée par ces études: celle de l'appariement clinique du style d'attachement du thérapeute et du patient. Pour vérifier la force de l'alliance, il y a lieu d'examiner la combinaison des facteurs mis à contribution par le thérapeute et son patient[11,17]. Afin d'avoir une mesure qualitative juste de l'alliance thérapeutique, McCullough L. et al[29] appuient cette proposition et suggèrent d'observer l'interaction entre les deux membres de la dyade plutôt que de les prendre séparément.

L'attention portée à la dyade formée par un patient et son thérapeute permet aux chercheurs de construire des cellules de différentes natures. L'utilisation de la variable d'attachement permet de diviser les différentes relations thérapeutiques en quatre catégories, soit: un thérapeute de style sécurisant avec un patient du même style, un thérapeute de style sécurisant avec un patient de style non sécurisant, un thérapeute de style non sécurisant avec un patient de style sécurisant ou un thérapeute non sécurisant avec un patient du même style. Ainsi, il est conséquent de regarder si l'alliance thérapeutique est en relation avec le type d'appariement qui la sous-tend .[30]

Jusqu'à présent, les recherches ont mesuré le jumelage thérapeutique en fonction de diverses variables (les attentes, la motivation, l'ouverture, la confiance, les relations interpersonnelles passées et la complémentarité entre les besoins du patient et les ressources du thérapeute) [31]. Par exemple, partant du fait qu'une relation d'aide est basée sur la conjonction entre deux personnes cherchant à trouver des solutions à un problème, Talley P . et al trouvent que la relation entre le concept de soi du patient et du thérapeute est associée au lien développé entre les deux membres. AL-Darmaki F .et al [21] observent aussi que plus les attentes face

à la relation thérapeutique et à son efficacité sont congruentes entre le thérapeute et son patient, plus l'alliance qui se développe est forte. De leur côté, Kiesler D et al [32] ont démontré une association positive entre la complémentarité interpersonnelle (axes amicale–hostile et de dominance–soumission) du thérapeute et son patient et leur perception réciproque de l'alliance thérapeutique.

Dolan R . et al [28] arrivent à des résultats qui vont dans le même sens que ceux des auteurs précédents. Même si le style d'attachement des patients , tel qu'évalué à l'aide d'une entrevue semi-structurée, ne prédit pas l'évaluation de la qualité de l'alliance thérapeutique par les patients, ils trouvent par contre que la perception des thérapeutes de l'alliance est influencée par le style d'attachement de leurs patients. Plus le patient est de style sécurisant, plus l'alliance thérapeutique est évaluée positivement par le clinicien.

### **3-Concept de l'empathie :**

#### **3-1 Généralités :**

Depuis plus de 200 ans, les philosophes s'interrogent sur les expériences émotionnelles pour chaque individu et dans leurs relations inter-individus. Ainsi le concept d'empathie n'est pas récent. Le terme « Empathie » en revanche apparaît au cours du XIXème siècle sous le terme allemand *Einfühlung* (littéralement « ressenti de l'intérieur ») par le philosophe Robert Vischer (1847-1933), pour décrire l'empathie « esthétique ». Pour ce philosophe, l'empathie est le mode de relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

Ce n'est qu'avec le philosophe Théodore Lipps qu'apparaît la dimension affective de l'individu [33]. Elle est alors définie comme le mécanisme par lequel l'expression corporelle d'un individu dans un état émotionnel donné déclencherait

de façon automatique ce même état émotionnel chez un observateur. Le concept d'empathie sera pas la suite repris dans de nombreux domaines : médecine, psychologie, psychiatrie, neuroscience, etc..

Cette définition est assez simple. Cependant, de plus en plus d'auteurs, dans différents domaines se sont intéressé à ce concept. En effet, une recherche dans PubMed avec le mot-clé « empathy » seul nous montre 13 229 publications dont 10 685 ces vingt dernières années.

### **3-2 Empathie dans le domaine de psychologie :**

Dans ses premières définitions et constructions, l'empathie est une émotion, décrite comme unidimensionnelle : elle présente une dimension plutôt affective, comme une réaction émotionnelle à un évènement. Dans le domaine de la psychologie, l'étude de l'empathie et ses tentatives de définitions ont amené la création de plusieurs courants, et un débat majeur a opposé un construit unidimensionnel à un construit multidimensionnel. Nous abordons ici le concept multidimensionnel de l'empathie et ses phénomènes explicatifs.

#### **3-2-1. Construit uni ou multidimensionnel ?**

L'empathie, dans ses premières définitions, était un concept qui relevait de l'émotion et du vécu intuitif de l'autre. Les travaux de Mead et Piaget (1932) mettent en évidence une dimension cognitive et ainsi un concept multidimensionnel. Cette séparation est à l'origine de deux grands courants de recherche distinguant l'empathie affective et émotionnelle.

L'empathie cognitive peut être définie comme le fait de comprendre les émotions des autres. Pour Hogan R, le concept d'empathie se définit par «l'appréhension intellectuelle ou imaginative de la condition ou de l'état d'esprit d'un autre [...]une disposition empathique peut être considérée comme la capacité

d'adopter une perspective morale large ,c'est-à-dire prendre "le point de vue moral"» [34].

L'empathie affective peut être définie comme la réaction émotionnelle en réponse aux émotions de l'autre. Pour Merhabian A et Epstein N, «l'empathie a été définie comme une réponse émotionnelle indirecte aux expériences émotionnelles perçues »[35]. Il n'y a pas ici de phénomène de compréhension et il s'agit plus d'un mécanisme intuitif.

Pour Decety J, ces deux définitions sont en fait les deux composants d'un même processus. Il propose deux définitions de l'empathie.[36]

La première définition renvoie à la capacité de comprendre l'état interne (psychologique) d'autrui à partir d'indices objectifs externes (telles que les expressions faciales, les modulations de la voix, le contenu sémantique du langage), qui permet aisément de comprendre en quoi l'empathie procure un avantage adaptatif majeur pour naviguer dans le monde social. Ainsi, si l'on considère que l'empathie permet d'obtenir une source de connaissances sur l'état psychologique de l'autre, on peut dire qu'elle est très proche de ce qu'on appelle la « théorie de l'esprit », qui renvoie à cette capacité à imaginer l'état mental d'autrui.

La deuxième définition de l'empathie en tant qu'attitude orientée vers le bien d'autrui s'inscrit davantage dans les mécanismes altruistes, particulièrement évolués de l'espèce humaine, pouvant être dirigés vers des proches, des non proches mais aussi envers d'autres espèces .

Decety J affirme que « l'empathie désigne au niveau phénoménologique un sentiment de partage et de compréhension affective qui témoignent des mécanismes intersubjectifs propres à l'espèce humaine ». L'empathie repose sur des systèmes neurocognitifs dissociables et distribués dont les principales composantes sont :

- La capacité de ressentir les émotions et les sentiments exprimés par nous-mêmes et par les autres
- La capacité d'adopter intentionnellement la perspective subjective d'autrui et cela sans confusion entre soi et l'autre.

Ceci illustre l'aspect complexe et multidimensionnel (et certainement pas une simple résonance émotionnelle) de l'empathie. [37]

L'empathie se présente donc bien comme un concept multidimensionnel, chaque dimension résultant d'un mécanisme propre et interagissant avec l'autre.

### **3.2.2. Tendances actuelles :**

D'après une revue de la littérature récente [38] ,l'empathie est souvent définie sur la base de ces quatre éléments:

- Empathie affective/émotionnelle.
- Empathie cognitive.
- Motivation à être en empathie/empathie morale/éthique de l'empathie.
- Empathie comportementale/action empathique.

Nous introduisons ici une dimension comportementale à l'empathie qui correspond à la réponse communicative de la compréhension du point de vue de l'autre.

On retrouve l'ensemble de ces dimensions dans cette définition : la compréhension ou appréciation de la façon dont quelqu'un se sent bien, élargi dans le contexte clinique pour inclure émotif , moral , cognitif et dimensions comportementales . Emotive, la capacité d'imaginer les émotions et les perspectives des patients; Moral, la motivation interne du médecin de l'empathie ; Cognitive , la capacité intellectuelle d' identifier et de comprendre les émotions et les perspectives des patients . Et comportementale, la capacité de transmettre la compréhension de

ces émotions et les perspectives de retour au patient [ ... ] L'engagement émotionnel , pas juste compréhension intellectuelle , est crucial pour l'empathie efficace » .[39]

Selon les auteurs, certaines dimensions seront plus ou moins mises en avant. Cependant, la dimension cognitive semble quasiment toujours présente.

### **3.2.3. Phénomènes explicatifs :**

Les quatre éléments de définition sont fréquemment explicités par les phénomènes pratiques qu'ils impliquent.[38]

Ainsi, l'empathie cognitive passe par une compréhension de l'expérience du patient : ses pensées, sentiments, représentations, actes.

Une des bases de cette compréhension est l'imagination, comme mécanisme émotionnel et base du traitement cognitif de l'empathie. On trouve également dans les différentes définitions l'idée de se mettre à la place du patient.

Cette compréhension est également parfois remplacée par une conscience.

Plusieurs travaux suggèrent une dimension de résonance. L'implication d'une sensibilité apparaît également.

La composante de mise en action de l'empathie est également soulignée par certains, que ce soit par le fait de refléter, transmettre au patient notre compréhension ou par le fait d'agir de façon thérapeutique.

Enfin, plusieurs auteurs rapportent dans leur définition le processus de différenciation entre soi et autrui dans leur définition.

## 4. Impact de la présence du stagiaire sur la relation médecin–malade

Le stage hospitalier constitue, un pilier nécessaire, pour la formation de l'étudiant. Toutefois , plusieurs difficultés se présentent au stagiaire durant son parcours hospitalier.

La prise en charge , l'encadrement de l'étudiant aussi bien par le professeur , le résident , l'interne ,et son intégration dans le travail de l'équipe , représentent les principaux obstacles empêchant une meilleure formation de l'étudiant .

Ensuite, le contact premier et direct avec les patients qui peut, des fois, être difficile pour le stagiaire, d'autant plus qu'il n'a pas été préparé ou formé à l'avance . En conséquent , il aura plus de risque d'être refusé par le malade , perturbant ainsi la relation thérapeutique .

On trouve aussi ,le stress provoqué par le programme chargé des étudiants en médecine, réparti entre cours magistraux à la faculté et stages hospitaliers , pouvant se transformer en surmenage .

O'Flynn N et al [40], ont exploré le ressenti des malades ayant consulté en présence d'un étudiant en médecine et leur acceptation à le rencontrer de nouveau.

Les résultats de l'étude sont résumés dans ce tableau :

<b>SENTIMENTS DU PATIENT AU SUJET DU STAGIAIRE</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Le médecin s'est plus occupé de stagiaire que de moi	5.4%	90.6%
J'ai plus appris sur mon problème de santé	38.8%	55.2%
J'ai pu parler plus facilement	20.7%	73%
J'ai eu plus de temps pour parler de mes problèmes	33.3%	59.1%
J'ai eu plus de mal à parler de mes problèmes personnels	31.5%	59.1%
J'ai quitté la consultation sans avoir tout dit	8.4%	86.2%
Je préfère voir mon médecin seul	33.6%	60%
La présence d'un tiers ne me gêne pas	52.8%	44.4%

La majorité des patients pensent qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'éducation des étudiants en médecine (95%), mais une minorité importante des malades (33.6%) préfère quand même voir leur médecin traitant seul à seul.

Lorsque l'on considère ces chiffres en valeur absolue la présence du stagiaire n'a pas ou a peu d'influence sur la relation médecin-malade car plus de la moitié des patients répondent négativement aux questions faisant évoquer une rupture. Mais il ne s'agit pas que de pourcentages, il est extrêmement important de noter que c'est près de 1 personne sur 10 qui quitte la consultation sans avoir tout dit.

On observe ici la complexité de l'impact sur la relation médecin-malade de la présence d'un stagiaire lors d'une consultation.

La plupart des patients trouvent que la présence du stagiaire présente des avantages, mais une trop grande minorité y trouve des inconvénients (comme quitter la consultation sans avoir tout dit). Le tout dans un climat où les malades sont conscients du rôle qu'ils jouent dans l'éducation des futurs médecins. Alors que 44.4% des patients semblent gênés par la présence du stagiaire, ce n'est « que » 8.4% des patients qui vont quitter la consultation sans avoir tout dit.

Il est donc probable qu'il faille laisser à chaque patient le libre choix d'accepter ou non l'étudiant pour ne pas altérer la relation médecin-malade. Cette volonté nécessite un travail de la part du maître de stage

L'étude de Da Rocha J [41] à travers sa thèse chercha à évaluer le vécu du patient devant la présence du stagiaire, le sentiment d'utilité du stage chez le praticien et l'image du maître de stage.

L'échantillon de clientèle étudié était constitué pour 62.4% de patientes et 36,9% de patients, la majorité avait entre 50 et 54 ans.

L'auteur chercha à comparer les personnes n'ayant jamais consulté ou ayant refusé la présence du stagiaire ( Groupe A = 45.1% ) et les personnes ayant déjà consulté avec un stagiaire ( Groupe B = 54.9% ).

9.8% des patients sont gênés en présence du stagiaire avec une différence entre les personnes du groupe A et celles du groupe B :

- 13.9% des personnes du groupe A, pour qui la présence éventuelle d'un stagiaire gêne la qualité de la relation avec le médecin habituel. (Mais les personnes A, par définition, peuvent être composées de personnes ayant refusé le stagiaire ).
- 6.5% des personnes du groupe B, pour qui la présence du stagiaire a gêné la qualité de la relation avec leur médecin habituel.

Ce sentiment diminue avec l'âge sauf après 85 ans, et prédomine chez les femmes (10.9%) par rapport aux hommes(8%).

Plus d'une personne sur dix n'aborde pas tous les problèmes en raison de la présence du stagiaire. De nouveau, il semble impératif de rappeler que le maître de stage doit proposer à chaque malade, une consultation sans étudiant. D'autant plus que 15.7% des patients se sentent obligés d'accepter le stagiaire.

Environ 20% des personnes n'abordent pas tous les problèmes mais ne sont pas gênées, se laissent examiner et trouvent cette formation nécessaire avec la participation de leur médecin. Alors qu'environ 5% des patients sont gênés par la présence du stagiaire mais abordent tous les problèmes, se laissent examiner et trouvent cette formation nécessaire.

# **SECTION II :**

# **PARTIE PRATIQUE**

# OBJECTIFS

# DE L'ETUDE

Les principaux objectifs sont :

- Décrire et évaluer l'impact de la présence de l'étudiant dans la consultation sur la relation médecin–malade
- Déterminer les facteurs pouvant influencer la relation entre le médecin, le malade et l'étudiant

Les objectifs secondaires :

- Apporter des éléments pour développer des stratégies d'enseignement adaptées pour une meilleure intégration de l'étudiant
- Améliorer la relation entre médecin malade en présence de l' étudiant.

# MATERIELS

# ET METHODES

## **1–Type de l'étude :**

Il s'agit d'une étude cas – témoins à visée descriptive et analytique auprès des patients consultants à hôpital Ibn Al Hassan à Fès.

Elle a été étalée sur une période de 06 mois, allant de Décembre 2018 à Mai 2019.

## **2–Population d'étude :**

On a recruté pour notre étude des patients consultants au centre diagnostic de l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan pour différentes pathologies.

On a sélectionné deux groupes :

- Un groupe des cas, des patients ayant déjà consulté en présence de l'étudiant.
- Un groupe des témoins, des patients n'ayant jamais consulté en présence de l'étudiant .

➤ Critères d'inclusion :

- Les patients consultants en consultation en présence de l'étudiant.
- Les patients consultants en consultation en absence de l'étudiant.

➤ Critères d'exclusion :

- Les patients hospitalisés au service psychiatrique.
- Les patients consultants au centre d'addictologie.
- Les patients consultants aux urgences.

### **3-Réalisation de l'étude :**

L'étude s'est déroulée à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan, sur une période de six mois, en collaboration avec le service d'épidémiologie clinique de la Faculté de Médecine de Fès.

Les patients ont été recruté volontairement, de la salle d'attente , après avoir eu leur consentement.

### **4. Fiche d'exploitation**

Pour notre étude, nous avons utilisé une fiche d'exploitation remplie à partir d'un entretien avec les patients vus en consultation, précisant les données sociodémographiques, les données cliniques et les spécificités de la consultation en présence de l'étudiant.

L'hétéro - questionnaire comprenait cinq rubriques évaluant :

- L'information des patients de la présence de l'étudiant dans la consultation
- L'acceptabilité de la présence de l'étudiant
- L'impact de la présence de l'étudiant sur la relation médecin-malade
- La place de l'étudiant dans la consultation
- L'apport de la consultation en présence de l'étudiant

### **5-Echelles psychométriques :**

#### **5-1 Echelle de l'empathie IRI (Interpersonal Reactivity Index) :**

- Il s'agit d'une échelle qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie. Elle a été développé en 1980 et modifiée en 1983 par Davis

- Se compose de 28 items assimilables à des situations de vie, traitant:
  - La tendance à ressentir des sentiments chaleureux, de la compassion face à quelqu'un d'autre.
  - La tendance à ressentir de l'inconfort ou de la détresse en réponse à celle exprimée par quelqu'un d'autre
  - La tendance à adopter spontanément le point de vue de quelqu'un d'autre
  - La tendance à s'imaginer dans des situations fictives et à s'identifier à des personnages de fiction.

- Mode de passation :

L'IRI a été rempli à partir d'un entretien avec les patients.

- Cotation :

Dans chaque situation, le participant doit indiquer sur une échelle de Likert (de 1 « Ne me décrit pas du tout » à 5 « Me décrit tout à fait ») dans quelle mesure elle dépeint ses pensées et ses sentiments. Le score final de chaque item s'obtient:

- En soustrayant 6 au score initial obtenu pour les items 3-4-12-13-14-15-18-19
- En reprenant directement le score initial obtenu pour les autres items.

Chaque participant obtient donc un score total, somme des scores finaux, variant de 28 à 140, corrélé à un degré croissant d'empathie.

## 5-2 Le MINI :

- Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min.  $\pm$  11,6 min; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

- Mode de passation :  
A été rempli à partir d'un entretien avec les patients.
- Le M.I.N.I est divisé en modules identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.
  - Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs question(s) / filtre(s) correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
  - A la fin de chaque module, une ou plusieurs boîtes diagnostiques permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.
  - Quatre types de critères décrits :
    - Caractéristiques descriptives du symptôme.
    - Sa fréquence et sa durée
    - L'âge d'apparition
    - Les critères d'exclusion basés sur la présence d'autres diagnostics.
  - Il utilise un nombre minimal de symptômes pour obtenir un diagnostic
  - Le M.I.N.I permet d'évaluer plusieurs troubles :

Tableau 3 représentant les différents troubles évalués par le M.I.N.I

Troubles de l'humeur	EDM–Dysthymie –Risque suicidaire–Episode maniaque/hypomaniaque
Troubles anxieux	Trouble de panique – Agoraphobie – Phobie sociale – TOC– Etat de stress post traumatique –TAG
Troubles liés aux substances	Alcool –Autres substances – Tabac
TCA	Anorexie – Boulimie
Addiction au jeu	Jeu d'argent et de hasard
Axe II	Jeu vidéo
	Trouble de personnalité antisociale.

## **6– Méthode statistique :**

– Les données ont été saisies et codées sur Excel. Puis l'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS (version 17).

Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions et les variables quantitatives en termes de moyennes, valeurs extrêmes et écart-type.

L'association entre les différents paramètres étudiés a été recherchée à l'aide de tests paramétriques classiques (Test de Khi2, test d'échantillons indépendants). Pour chaque test statistique utilisé, le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

# RESULTATS

## A. Etude descriptive :

Pour notre étude , on a recruté 384 patients dont 230 patients des cas et 154 patients des témoins.

Aucun patient n'a refusé de participer à notre étude

### 1 Données sociodémographiques :

#### 1-1Sexe :

Cas :

Parmi les 230 patients inclus dans notre étude, 116 patients étaient de sexe féminin (50,4%) ,114 étaient de sexe masculin (49,6%).

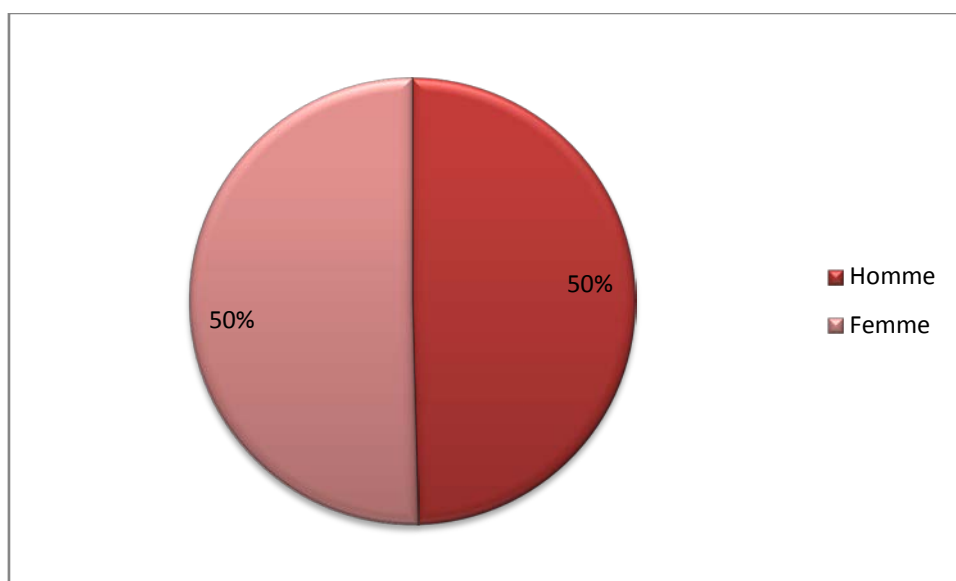


Figure 1 : Répartition des patients des cas selon le sexe.

Témoins :

Parmi les 154 patients du groupe des témoins, 58 patients étaient des femmes (37,7%), 96 étaient des hommes (62,3%).

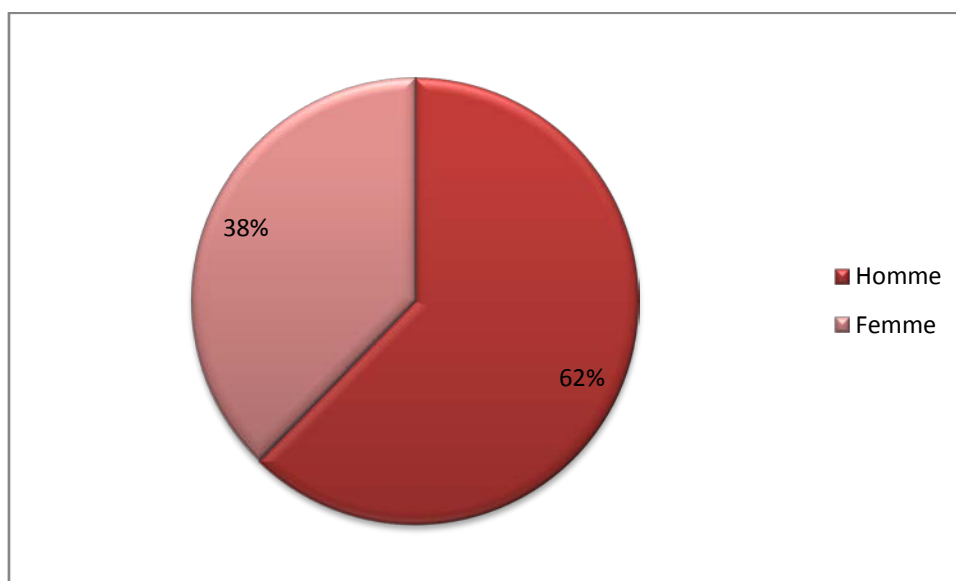


Figure 2 : Répartition des patients des témoins selon le sexe.

**1-2 Age :**

Cas :

L'âge moyen (+/- écart - type) de nos patients était de 35 ans +/- 9,691, d'un minimum de 18 ans et d'un maximum de 58ans.

Témoins :

L'âge moyen (+/- écart - type) des patients était de 36 ans +/- 11,17 , d'un minimum de 16 ans et d'un maximum de 64 ans.

### 1-3 Lieu de résidence :

Cas :

On a constaté que 181 patients (78,7%) vivaient dans un milieu urbain ,49 (21,3%) patients vivaient dans un milieu rural.

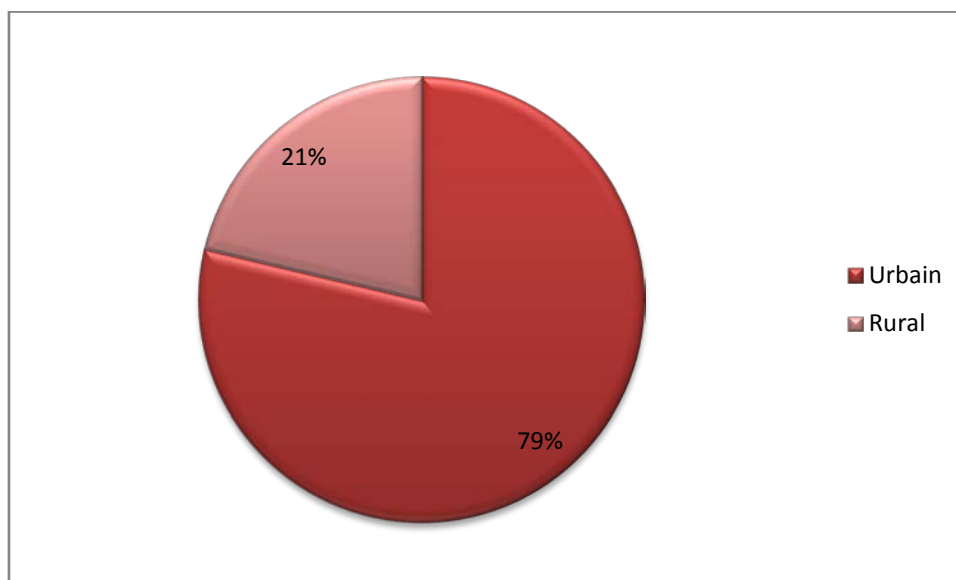


Figure 3 : Répartition des patients des cas selon le lieu de résidence

Témoins :

On a noté que 107 patients ( 69,5%) vivaient dans un milieu urbain , 47 patients (30,5%) vivaient dans un milieu rural.

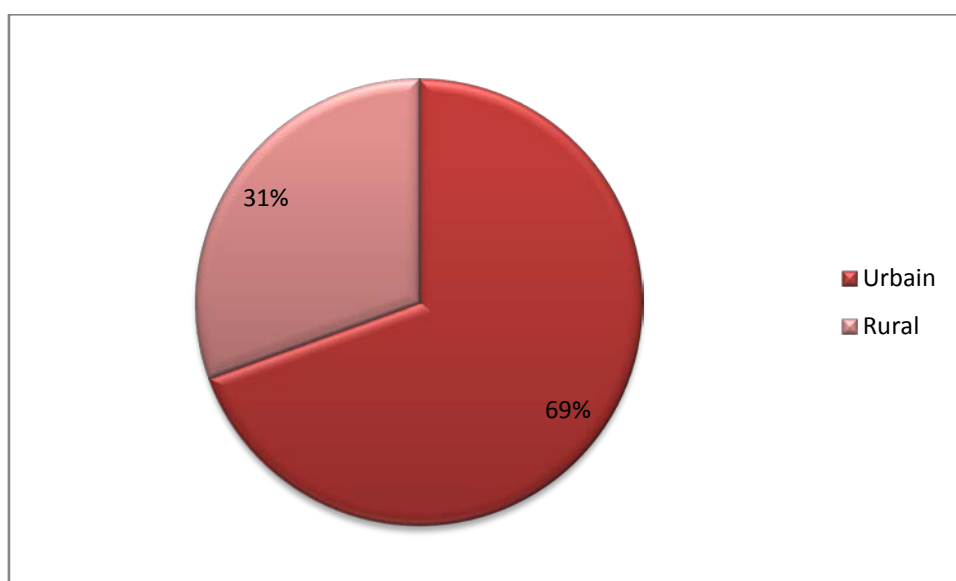


Figure 4 : Répartition des patients des témoins selon le lieu de résidence

### 1-4 Scolarité :

Cas :

On a remarqué que 24 patients (10,4%) ont poursuivi leurs études jusqu'à l'université, 77 patients (33,5%) ont arrêté leurs études en secondaire, 76 patients (33%) en primaire, et 53 patients (23%) n'ont jamais été scolarisés.

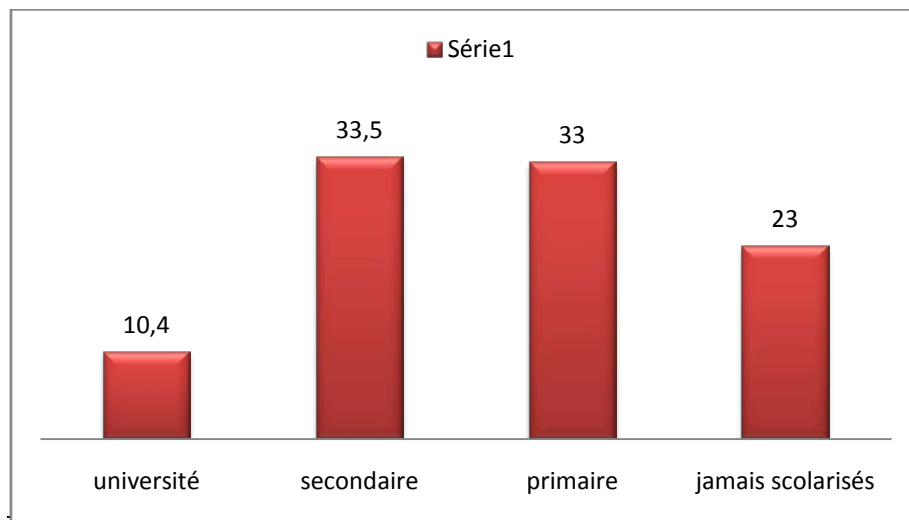


Figure 5 : Répartition des patients des cas selon leur niveau de scolarité

Témoins :

On a remarqué que 21 patients (13,6%) ont poursuivi leurs études jusqu'à l'université, 45 patients (29,2%) ont arrêté leurs études en secondaire, 43 patients (27,9%) en primaire, et 45 patients (29,2%) n'ont jamais été scolarisés.

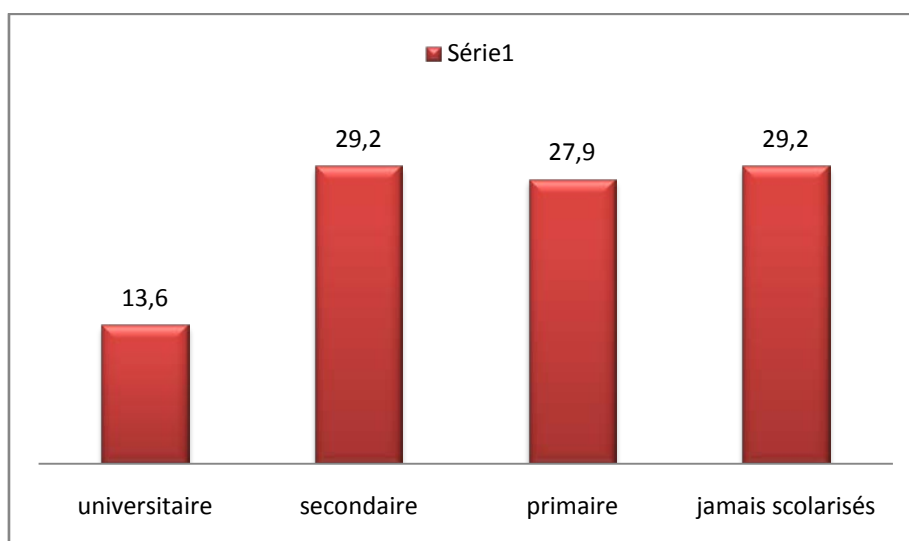


Figure 6 : Répartition des patients des témoins selon leur niveau de scolarité

### 1.5 Situation maritale :

Cas :

On a constaté que 106 (46,1%) des patients étaient célibataires, alors que 104 (45,2%) patients mariés, 17 (7,4%) patients divorcés et 3 (1,3%) patients étaient veufs.

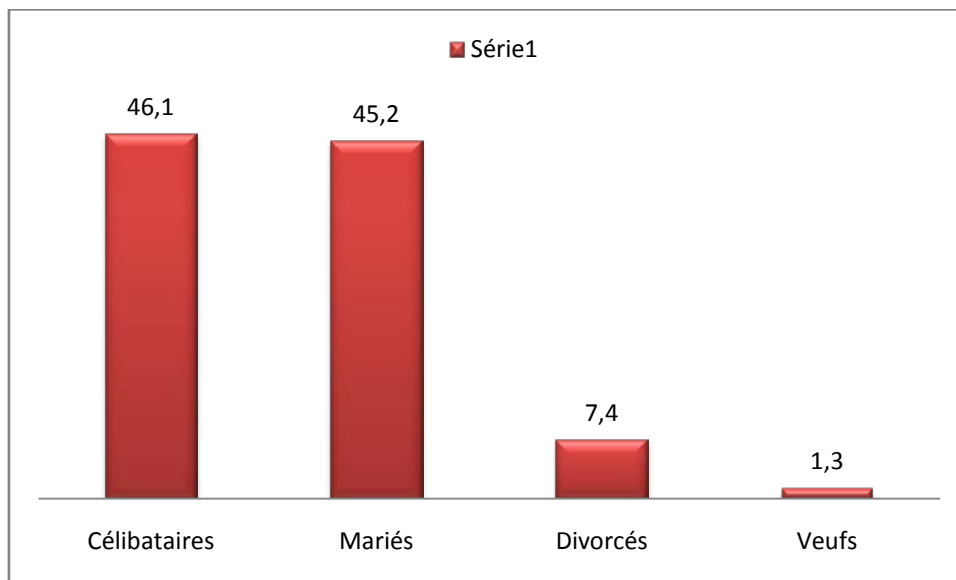


Figure 7 : Répartition des patients des cas selon la situation maritale

Témoins :

On a constaté que 79 (51,3%) des patients étaient célibataires, alors que 67 (43,5 %) des patients mariés, 5 (3,2 %) patients divorcés et 3 (1,9 %) patients veufs.

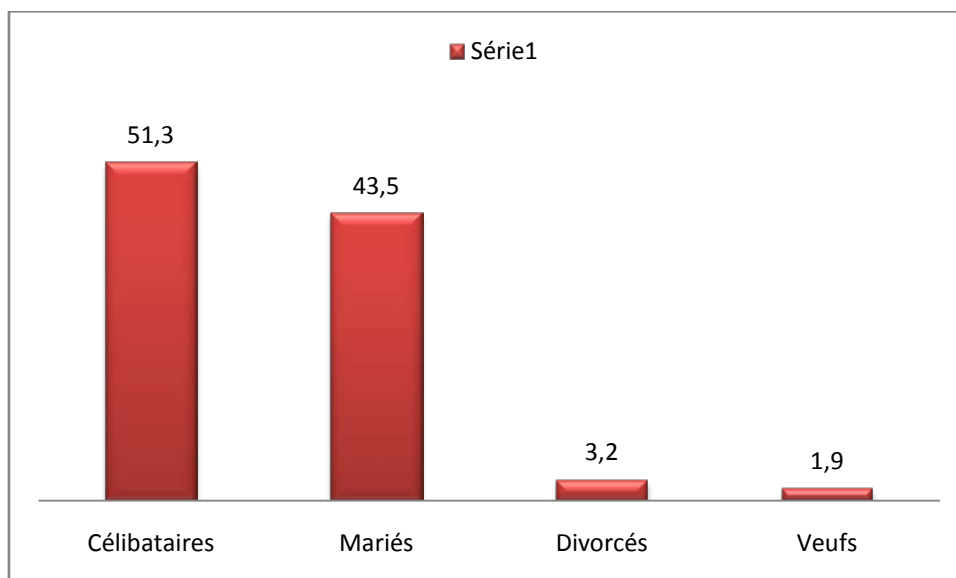


Figure 8 : Répartition des patients des témoins selon la situation maritale

## 1.6 Activité professionnelle :

Cas :

Dans notre échantillon, 137 patients (59,6%) n'avaient pas de profession, 38 patients (16,5%) travaillaient de façon irrégulière et 55 patients (23,9%) travaillaient régulièrement.

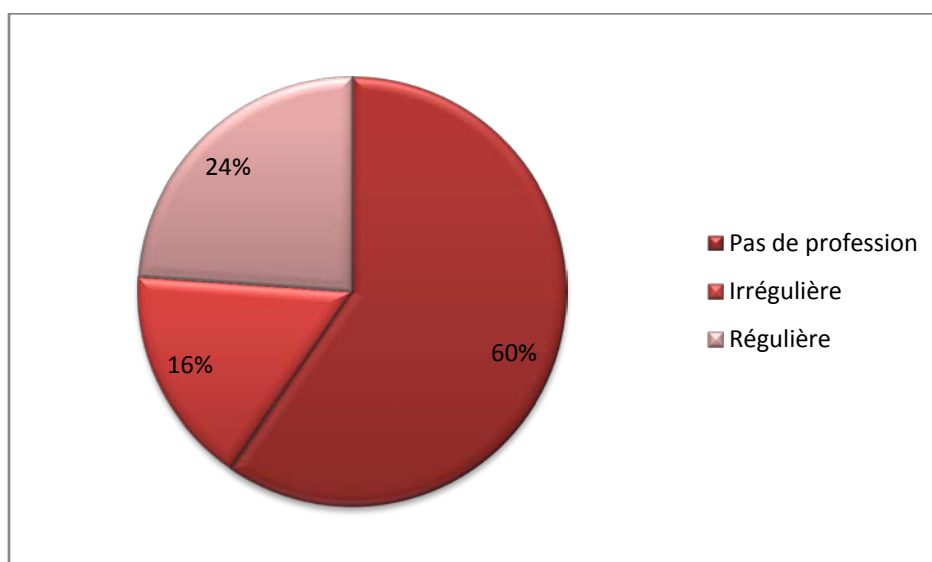


Figure 9 : Répartition des patients des cas selon l'activité professionnelle

Témoins :

On a constaté que 105 patients (68,2%) n'avaient pas de profession, 20 patients (13%) travaillaient de façon irrégulière et 29 patients (18,8%) travaillaient régulièrement.

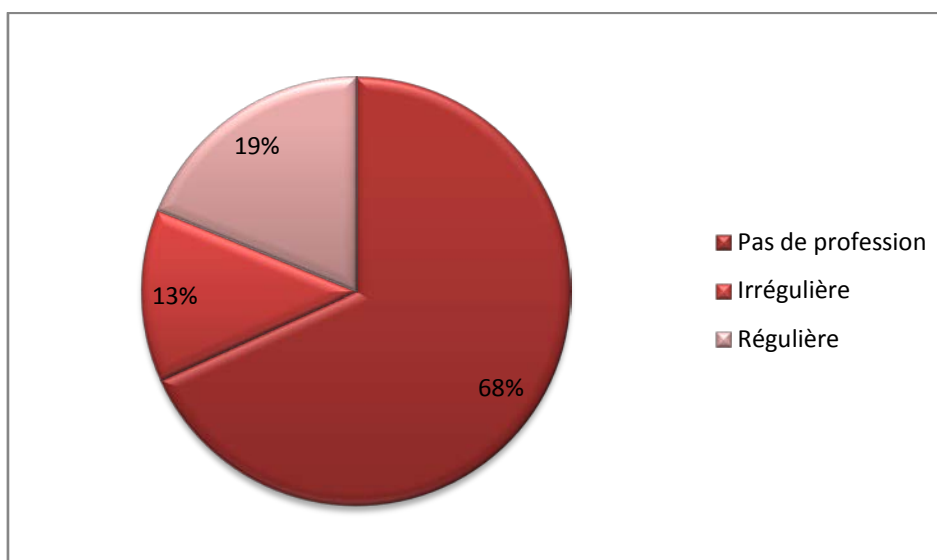


Figure 10 : Répartition des patients des témoins selon l'activité professionnelle

### 1.7 Niveau socio-économique :

Cas :

On a noté que 162 (70,4%) de nos patients avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 DH, 61 patients (26,5%) entre 2000–5000 DH par mois, 6 patients (2,6%) entre 5000–10000DH, tandis qu'un seul patient (0,4%) son revenu mensuel était supérieur à 10000DH.

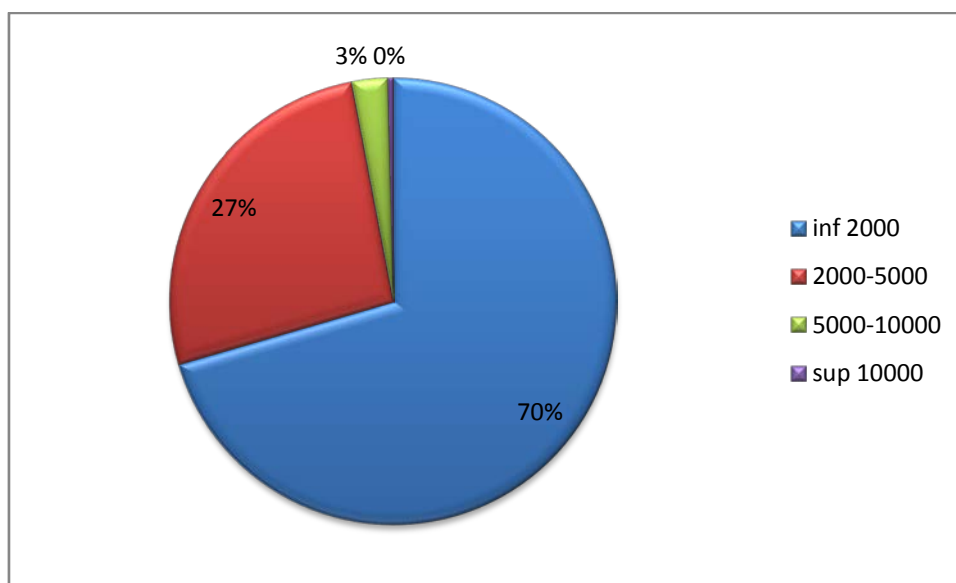


Figure 11 : Répartition des patients des cas selon leur niveau socio-économique.

Témoins :

On a remarqué que 122 (79,2%) de nos patients avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 DH, 27 patients (17,5%) leur revenu était 2000–5000 DH par mois, 4 patients (2,6%) entre 5000–10000DH, tandis qu'un seul patient (0,6%) supérieur à 10000DH.

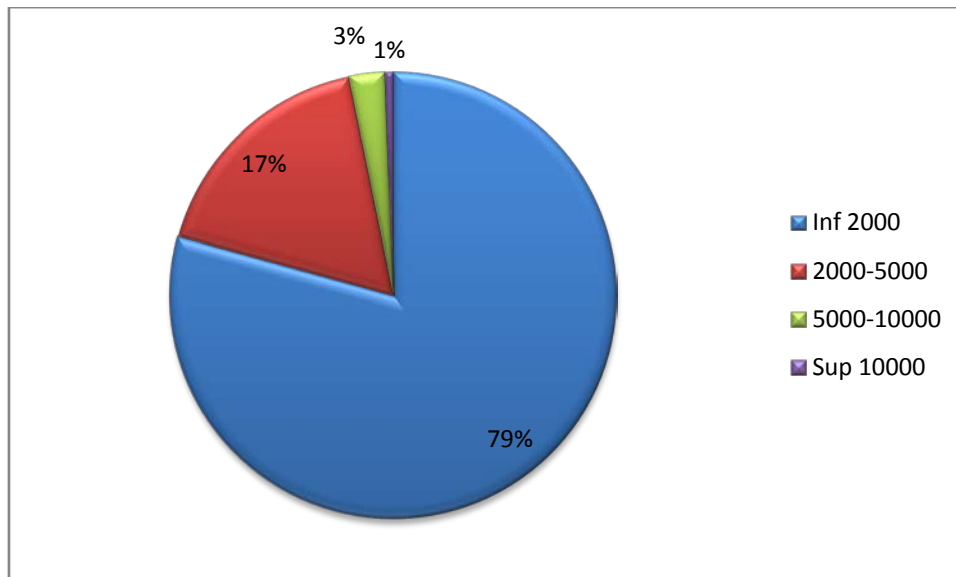


Figure 12 : Répartition des patients des témoins selon leur niveau socio-économique.

## 2. Données liées à la consultation

### 2.1 Diagnostic DSM V :

Cas :

On a constaté que 91 patients (39,6%) avaient des troubles psychotiques ,84 patients (36,5%) avaient une dépression, 12 patients (5,2%) présentaient des addictions,11 patients (4,8%) un trouble bipolaire , 11 patients (4,8%) des troubles de panique ,8 patients (3,5%) un TAG , 6 patients (2,6%) un TOC , 6 patients (2,6%)un ESPT , un seul patient (0,4%) avait fait une tentative de suicide.

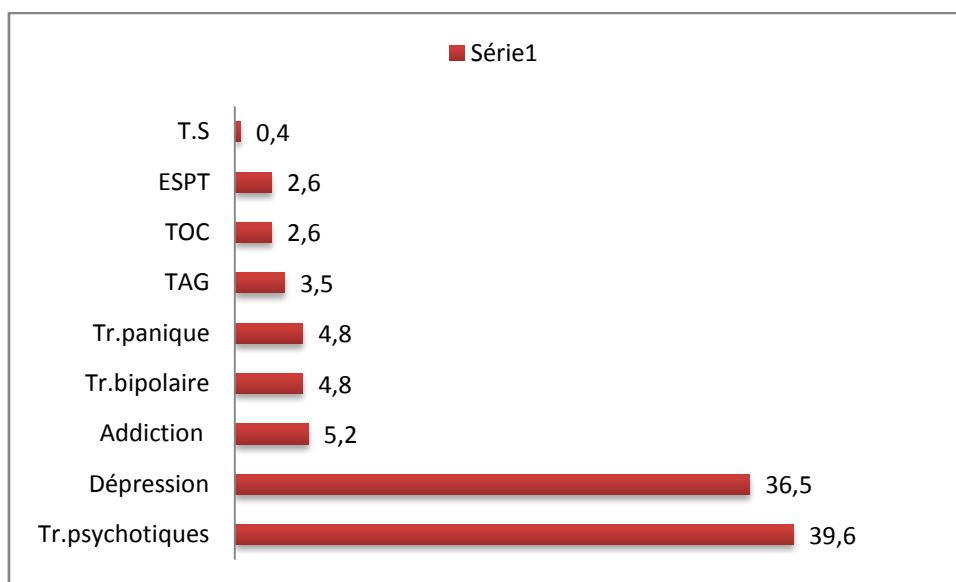


Figure 13 :Répartition des patients des cas selon le diagnostic présenté.

### Témoins :

On a remarqué que 75 patients (48,7%) avaient des troubles psychotiques ,46 patients (29,9%) présentaient une dépression, 11 patients (7,1%) un trouble bipolaire, 9 patients (5,8%) un trouble de panique , 5 patients (3,2%) un ESPT, 3 patients (1,9%) un TAG , 3 patients (1,9%) avaient un TOC , un patient (0,6%) présentait une phobie sociale, tandis qu'un autre (0,6%) avait des addictions.

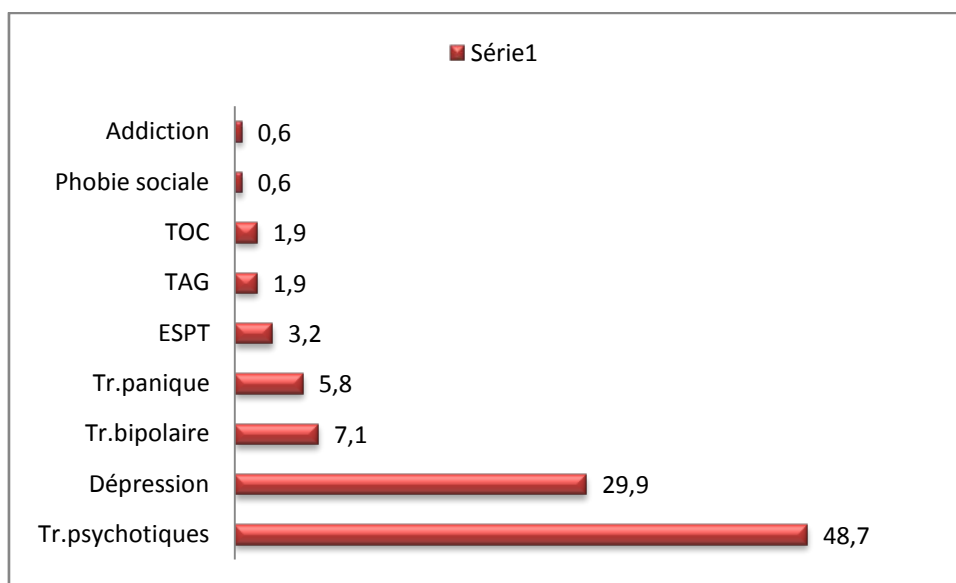


Figure 14 : Répartition des patients des Témoins selon le diagnostic présenté.

→ La majorité des patients dans les deux groupes avaient des troubles psychotiques.

## 2-2 Fréquence de consultation à hôpital Ibn Al Hassan :

Cas :

On a noté que 65 patients (28,3%) consultaient dans une période de moins de 3 mois, 111 patients (48,3%) consultaient tous les 3 mois, 50 patients (21,7%) tous les 6 mois alors que 4 patients (1,7%) tous les ans.

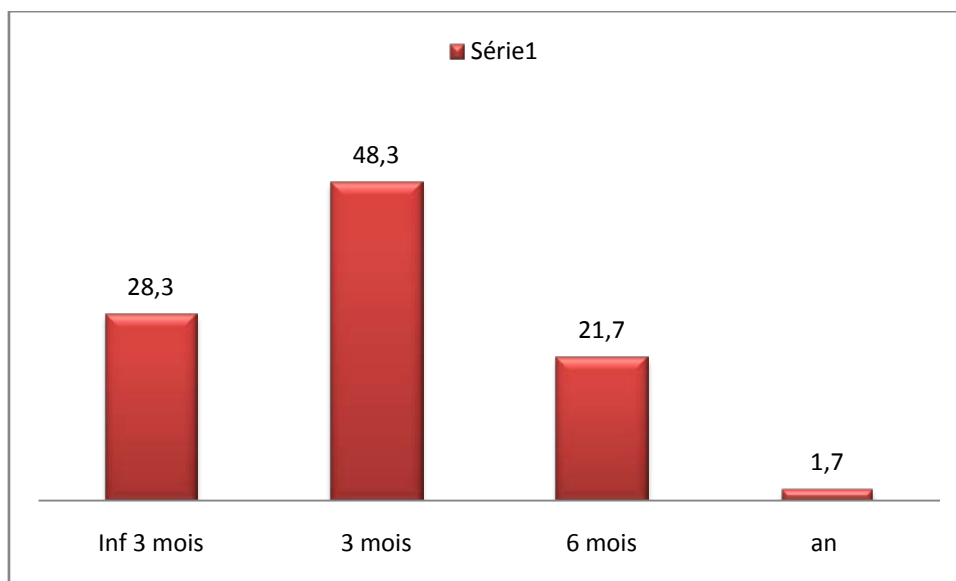


Figure 15 : Répartition des patients des cas selon la fréquence de consultation.

Témoins :

On a constaté que 41 patients (26,6%) consultaient dans une période de moins de 3mois, 73 patients (47,4%) tous les 3mois ,38 patients (24,7%) tous les 6mois alors que 2 patients (1,3%) tous les ans.

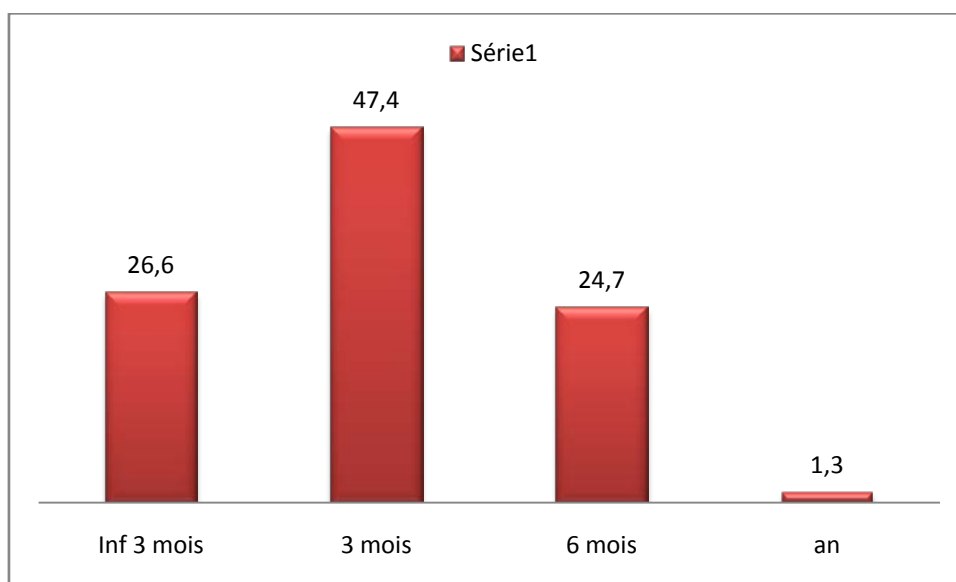


Figure 16 :Répartition des patients des témoins selon la fréquence de consultation.

→ Il s'avère que la plupart des patients des 2 groupes consultaient tous les 3 mois.

### 2.3 Nombre de consultations avec le médecin seul :

Cas :

Dans notre échantillon ,4 personnes (1,7%) n'avaient jamais consulté le médecin seul , 19 patients (8,3%) l'avaient consulté une fois seul ,21 patients (9,1%) 2 fois seul ,24 patients (10,4%) 3 fois seul , 45 patients (19,6%) plus de 3 fois seul ,53 patients(23%) avaient consulté plus de 5 fois le médecin seul ,64 patients (27 ,8%) l'avaient consulté seul plus de 10 fois.



Figure 17 : Répartition des patients des cas selon le nombre de consultations avec le médecin seul

## 2.4 Nombre de consultations en présence de l'étudiant :

Cas :

Dans notre échantillon, 54 patients (23,5%) avaient consulté une seule fois en présence de l'étudiant , 74 patients (32,2%)avaient consulté deux fois ,50 patients (21,7%) 3 fois ,28 patients (12,2%) plus de 3 fois ,20 patients (8,7%) plus de 5 fois ,et 4 patients (1,7%) avaient consulté plus de 10 fois en présence de l'étudiant.

→ La plupart des patients avaient consulté deux fois en présence de l'étudiant.

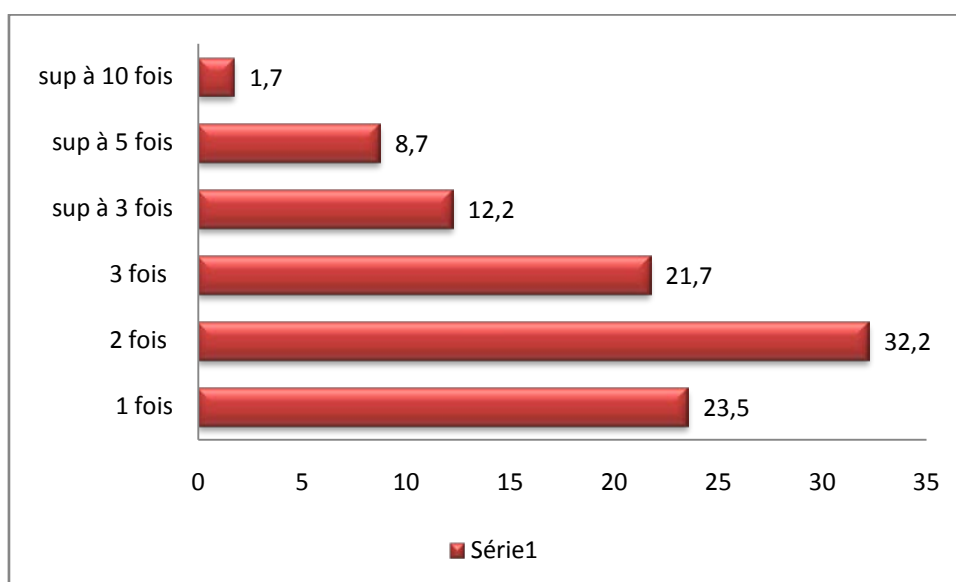


Figure 18 : Répartition des patients selon le nombre de consultations en présence de l'étudiant

## 2.5 Membre de la famille médecin ou étudiant en médecine :

Cas :

Dans le groupe des cas, on a constaté que 35 patients (15,2%) avaient un membre de la famille médecin ou étudiant en médecine, alors que 195 patients (84,8%) ne l'avaient pas .

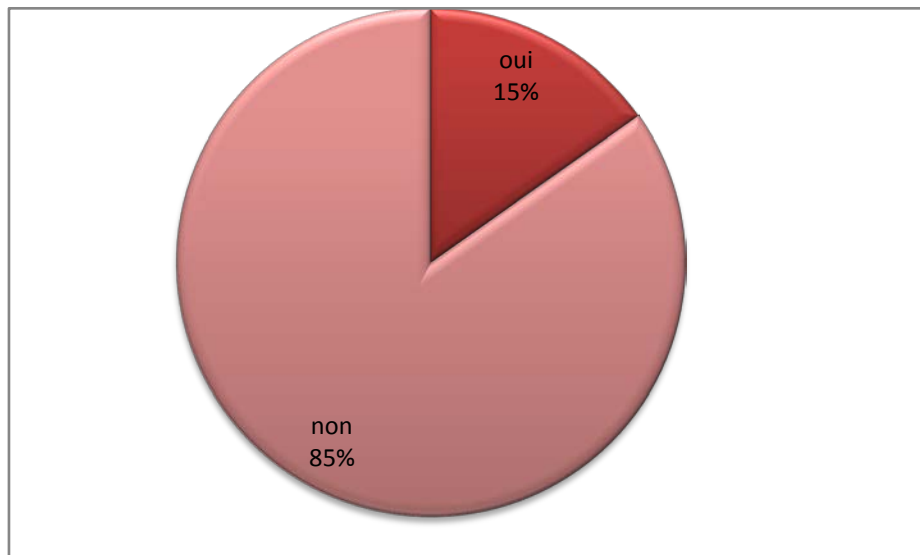


Figure 19 : Répartition des patients des cas selon la présence d'un médecin dans la famille

Témoins :

Dans le groupe des témoins, Il y a 24 patients (15,6%) ayant un membre de la famille médecin ou étudiant en médecine et 130 patients (84,4%) ne l'ayant pas .

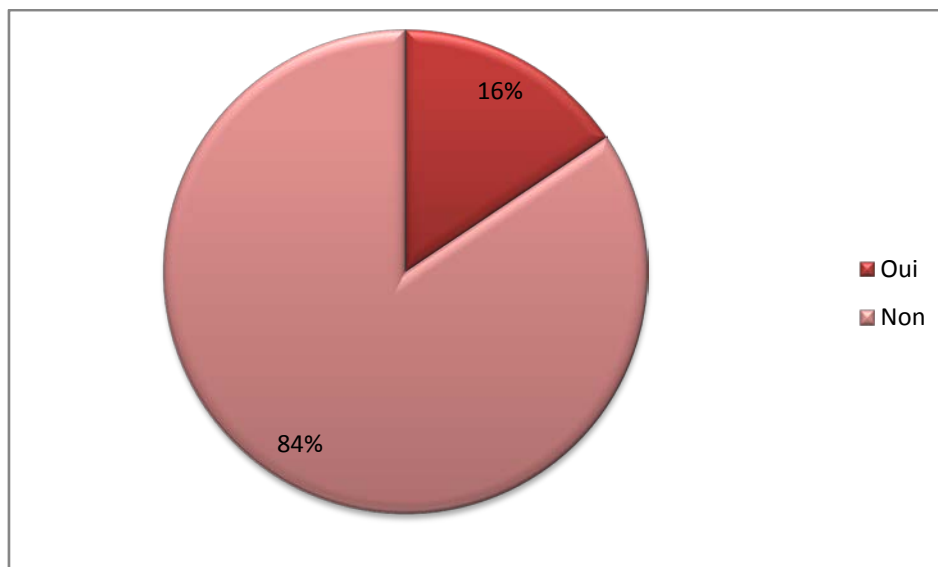


Figure 20 : Répartition des patients des témoins selon la présence d'un médecin dans la famille

### **3-Information de la présence de l'étudiant en consultation :**

#### **3 - 1 Connaissance de la présence de l'étudiant :**

Cas :

Tous les patients ne savaient pas qu'un étudiant consultait avec leur médecin avant d'arriver en consultation.

Témoins :

On a remarqué que 102 patients (66,2%) des témoins n'aimeraient pas savoir au préalable qu'un étudiant consultait avec leur médecin avant d'arriver en consultation, alors que 52 patients ( 33,8%) souhaiteraient plutôt le savoir .

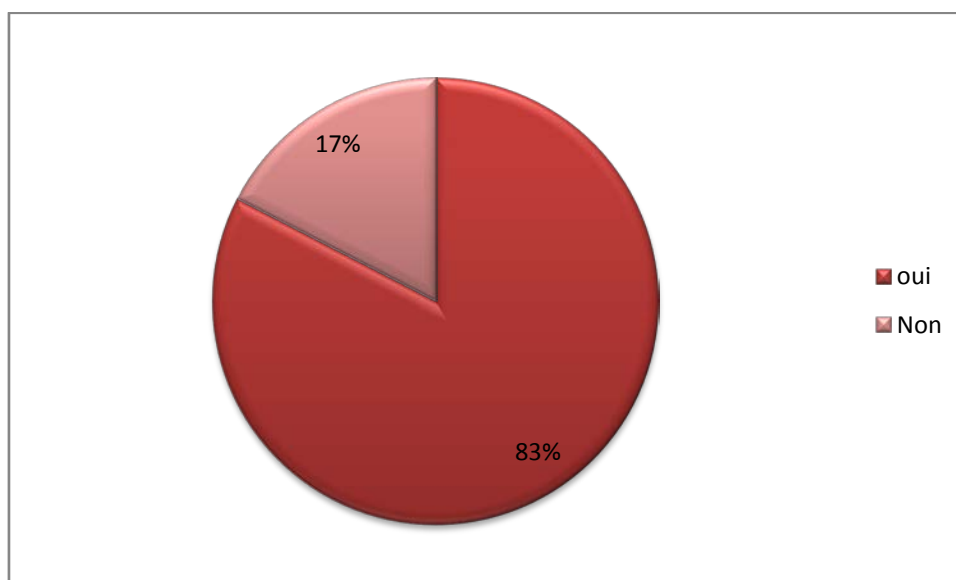


Figure 21 : Répartition des patients des témoins selon l'information préalable de la présence de l'étudiant.

#### **3 - 2 Présentation aux étudiants avant la consultation :**

Cas :

Tous les patients ne s'étaient pas présentés aux étudiants avant la consultation.

## 4 -L'acceptabilité de l'étudiant :

### 4 - 1 Présence de l'étudiant acceptée :

Cas :

On a constaté que 190 patients des cas (82,6%) acceptaient la présence de l'étudiant dans la consultation.

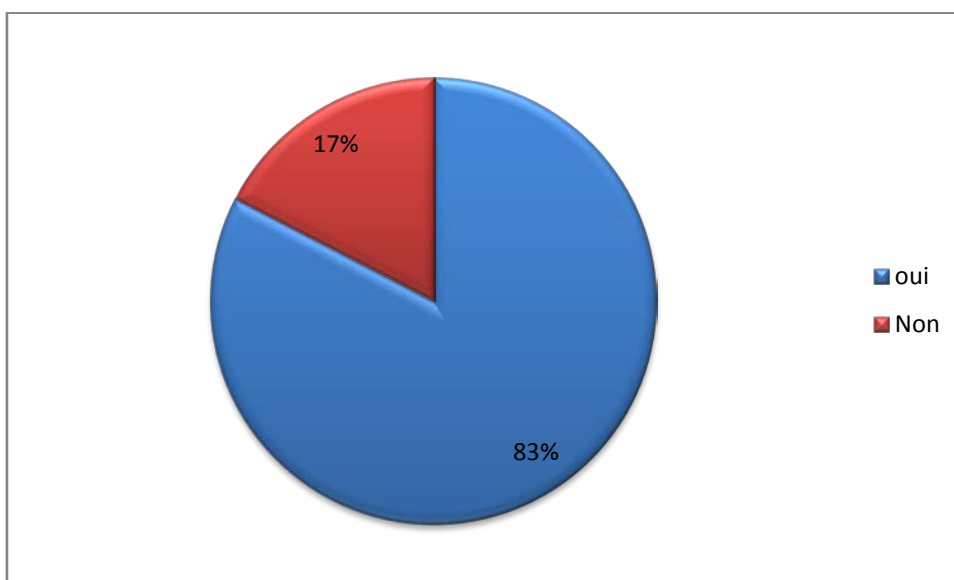


Figure 22 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'étudiant dans la consultation.

Témoins :

Dans le groupe des témoins ,132 patients (85,7%) voudraient qu'un étudiant soit présent dans la consultation.

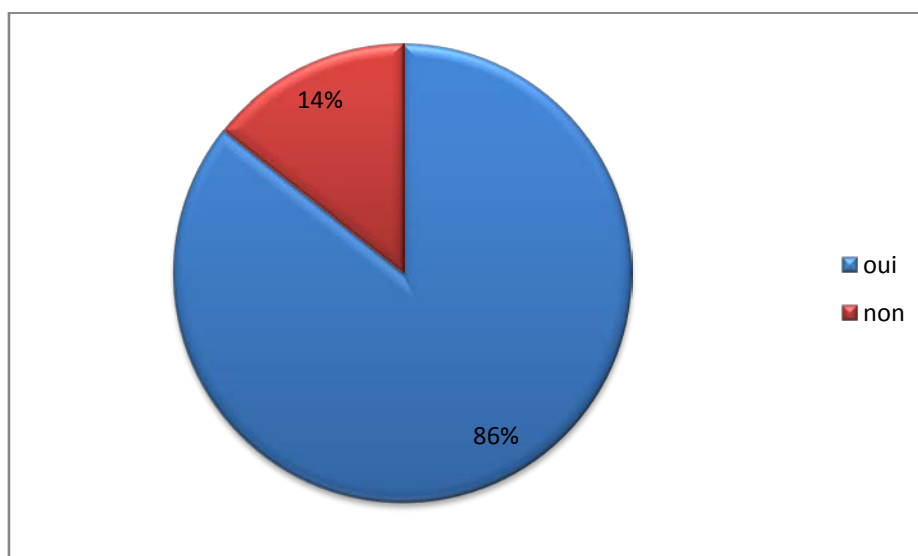


Figure 23 :Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de l'étudiant dans la consultation.

#### 4-2 Les raisons d'acceptabilité de l'étudiant :

Cas :

On a noté que 190 patients (82,6%) acceptaient la présence de l'étudiant pour sa formation, 183 patients (79,6%) ne se sentaient pas gênés, 181 patients (78,7%) acceptaient l'étudiant par respect , 143 patients (62,2%) par politesse, 62 patients (27%) avaient une expérience antérieure satisfaisante avec l'étudiant , alors que 47 patients (20,4%) étaient habitués de voir un étudiant dans la consultation. Tous les patients acceptaient l'étudiant de bon gré, et ils n'étaient pas informés en amont par sa présence.

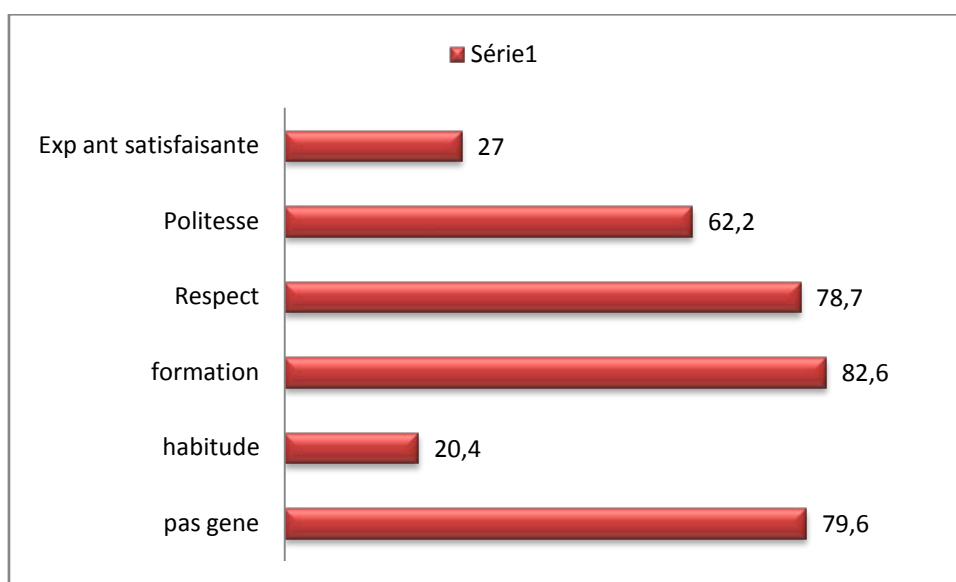


Figure 24 : Répartition des patients des cas selon les raisons d'acceptabilité de l'étudiant

### Témoins :

Il s'avère que 133 patients (86,4%) accepteraient l'étudiant pour sa formation, 117 patients (76%) pour absence de gêne, 111 patients (72,1%) par respect, 87 patients (56,5%) par politesse, 34 patients (22,1%) accepteraient parce qu'ils seraient informés en amont, aucun patient par obligation.

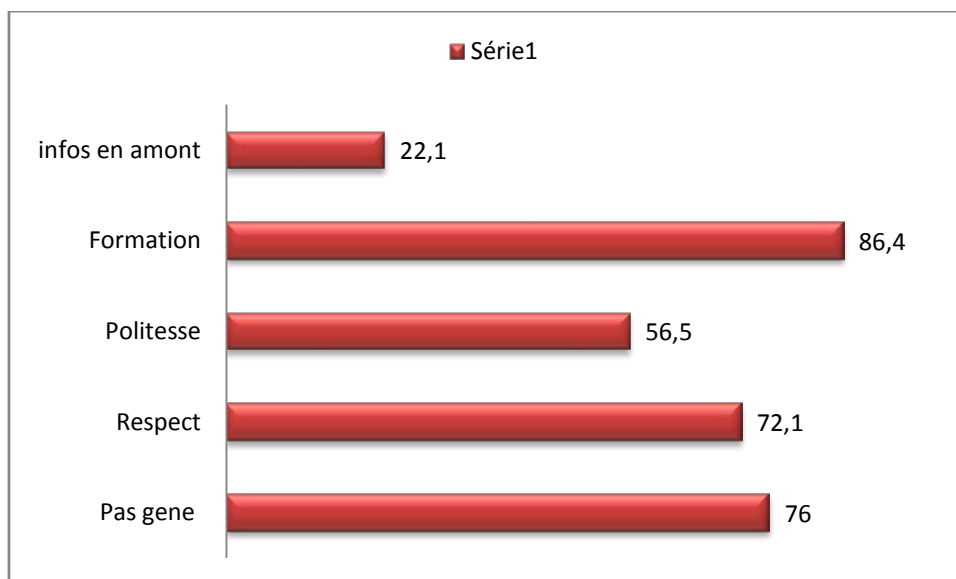


Figure 25 : Répartition des patients des témoins selon les raisons d'acceptabilité de l'étudiant.

→ Dans les deux groupes, les patients accepteraient l'étudiant dans la consultation pour sa formation.

### 4-3 Les raisons de non acceptabilité de l'étudiant :

Cas :

On a remarqué que 40 patients (17,40%) n'acceptaient pas l'étudiant car préféraient voir le médecin seul, 34 patients (14,8%) n'approuvaient pas car ils jugeaient importante la relation duelle entre médecin – patient, 26 patients (11,3%) n'acceptaient pas par crainte d'être jugé ,22 patients (9,6%) se sentaient comme patient cobaye ,11 patients (4,8%) par manque d'information en amont.

Pour des raisons médicales,15 patients (6,5%) n'acceptaient pas parce qu'ils avaient un trouble sexuel ,8 patients (3,5%) pour une tentative de suicide, 3 patients (1,3%) pour addiction ,une seule patiente (0,4%) pour grossesse non désirée.

Pour des raisons socio-économiques, 7 patients (3%) n'acceptaient pas la présence de l'étudiant pour des problèmes du couple ,3 patients (1,3%) pour des problèmes financiers, un seul patient (0,4%) n'acceptait pas la présence de l'étudiant pour un souci professionnel.

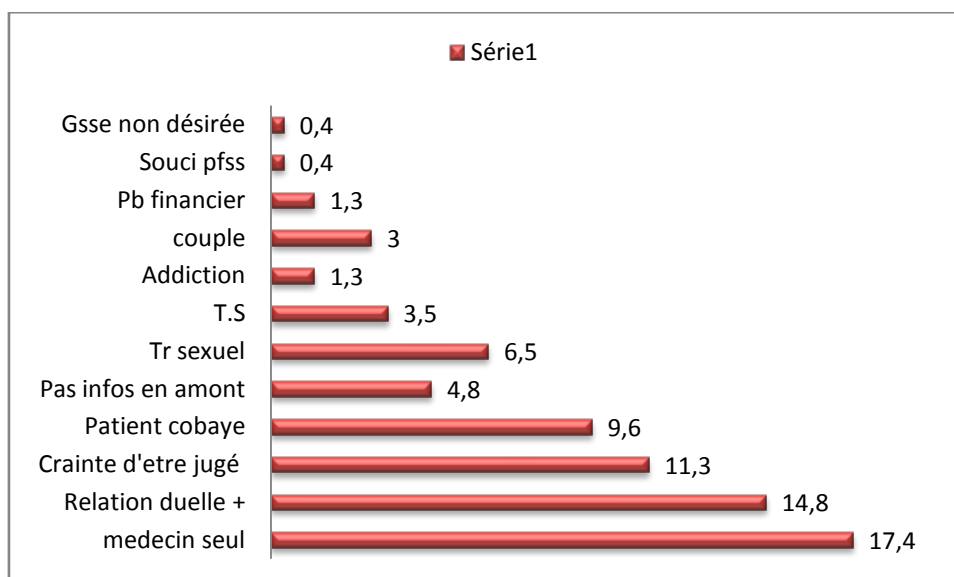


Figure 26: Répartition des patients des cas selon les raisons de non acceptabilité de l'étudiant.

Témoins :

On a remarqué que 25 patients (16,2%) n'accepteraient pas l'étudiant car préféreraient voir le médecin seul, 22 patients (14,3%) désapprouveraient pour manque d'information en amont, 18 patients (11,7%) par crainte d'être jugé, 16 patients (10,4%) considéreraient importante la relation duelle entre médecin patient, 13 patients (8,4%) se sentiraient comme « patient cobaye ».

Pour des raisons médicales, 2 patients (1,3%) n'accepteraient pas pour trouble sexuel, un seul patient (0,6%) pour une tentative de suicide, 3 patients (1,9%) pour problème d'addiction.

Pour des raisons socio-économiques, 7 patients (4,5%) n'accepteraient pas la présence de l'étudiant pour des problèmes du couple, 3 patients (1,9%) pour problème financier, aucun patient pour souci professionnel.

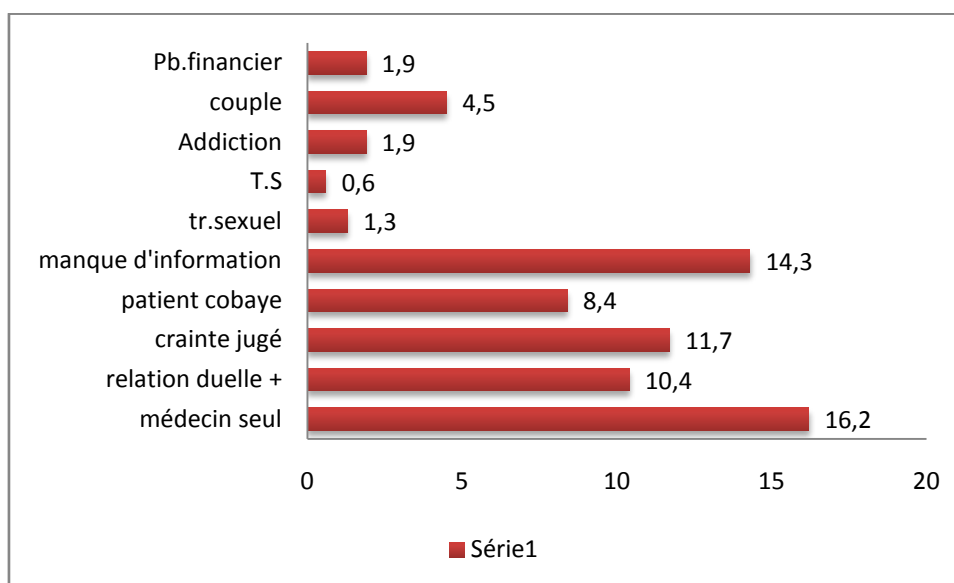


Figure 27: Répartition des patients des témoins selon les raisons de non acceptabilité de l'étudiant.

➔ En comparant les deux groupes, la préférence d'avoir une relation duelle médecin-malade était la raison de non acceptation la plus citée par nos patients.

#### 4-4 Acceptabilité de l'étudiant dans les prochaines consultations :

Cas :

On a noté que 38 patients (16,5%) des cas n'accepteraient pas l'étudiant dans les prochaines consultations ,192 patients (83,5%) des cas l'accepteraient.

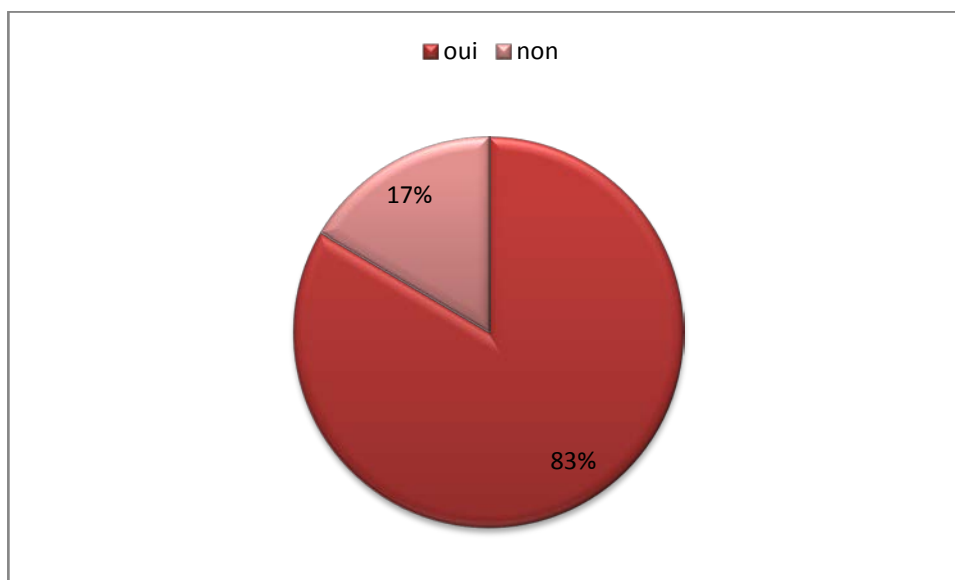


Figure 28: Répartition des patients des cas selon l'acceptation de l'étudiant dans les prochaines consultations.

Témoins :

Il y a 134 patients (87%) des témoins qui accepteraient l'étudiant dans les prochaines consultations, 20 patients (13%) des témoins ne l'accepteraient pas.

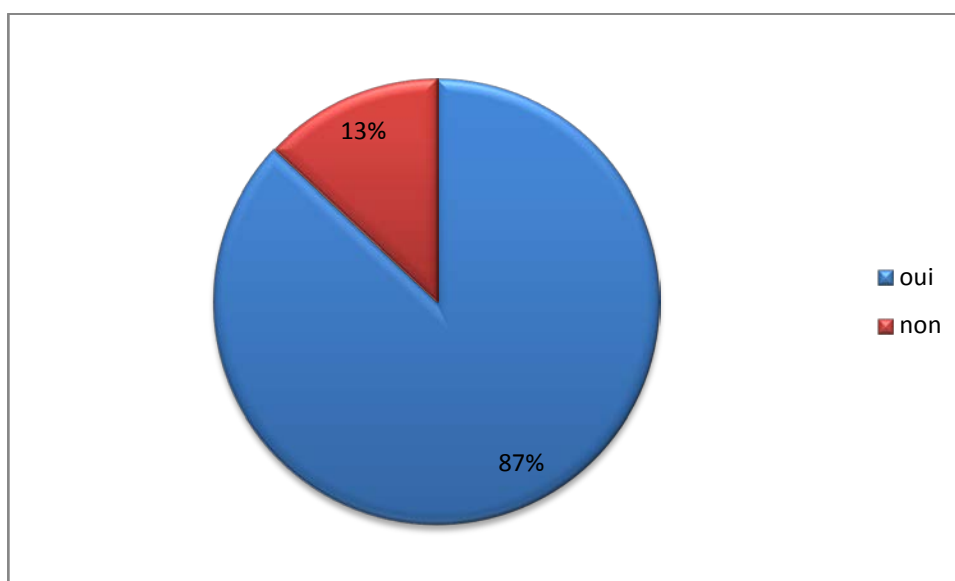


Figure 29: Répartition des patients des témoins selon l'acceptation de l'étudiant dans les prochaines consultations.

#### 4-5 Préférence du médecin seul dans la consultation :

Cas :

Dans ce groupe, il y a 136 patients des cas (59,1%) qui préféreraient consulter le médecin seul de temps en temps, 94 patients des cas (40,9%) ne le voudraient pas.

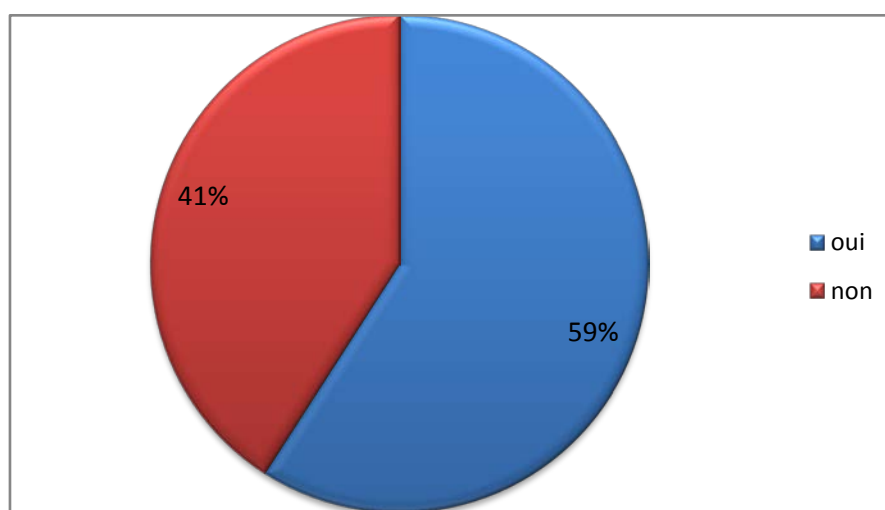


Figure 30: Répartition des patients des cas selon leur préférence de consulter le médecin seul de temps en temps.

Témoins :

On a constaté que 93 patients des témoins (60,4%) préféreraient consulter le médecin seul de temps en temps, 61 patients des témoins (39,6%) ne le souhaiteraient pas.

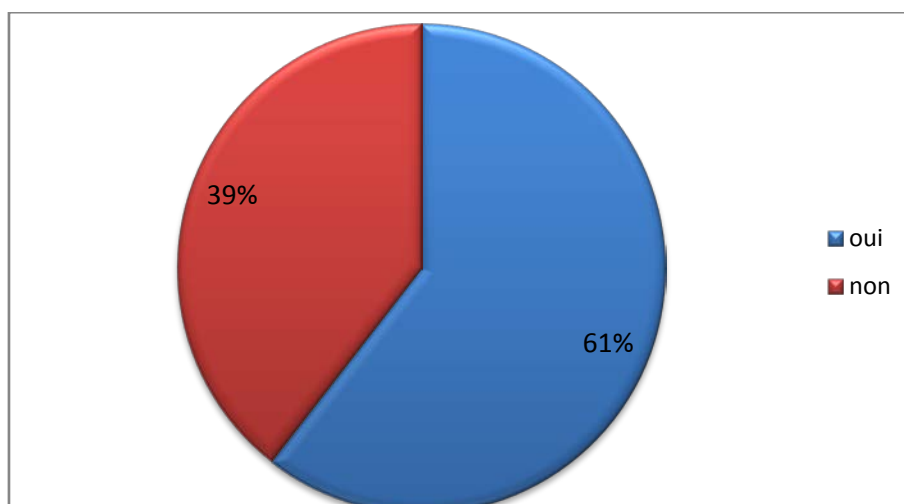


Figure 31: Répartition des patients des témoins selon leur préférence de consulter le médecin seul de temps en temps.

#### **4-6 Consultation au CHU si la présence de l'étudiant est permanente :**

Cas :

Tous les patients continueraient à consulter au CHU si la présence de l'étudiant est permanente

Témoins :

Tous les patients continueraient à consulter au CHU si la présence de l'étudiant est permanente.

#### **5 -L'impact de l'étudiant sur la relation médecin-malade :**

##### **5-1 Perturbation de la relation médecin-malade par la présence de l'étudiant :**

Cas :

On a noté que 39 patients (17%) des patients étaient gênés par la présence d'étudiant, tandis que 191 (83%) ne l'étaient pas.



Figure 32: Répartition des patients des cas selon leur perturbation par la présence de l'étudiant.

Témoins :

On a constaté que 32 patients (20,8%) des témoins seraient gênés par la présence de l'étudiant dans la consultation, 122 (79,2%) ne le seraient pas .

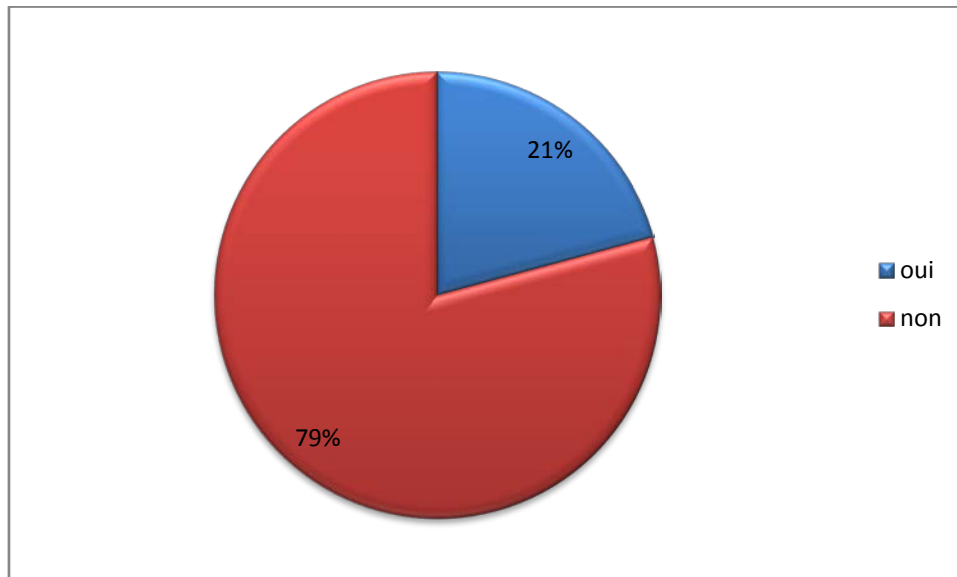


Figure 33: Répartition des patients des témoins selon leur gêne par la présence de l'étudiant dans la consultation.

### 5-2 Impression au sujet de la consultation en présence de l'étudiant :

Cas :

Selon 153 patients (66,5%) la présence de l'étudiant n'ajoutait rien à la consultation, 43 patients (18,7%) pensaient qu'elle était plus agréable ,34 patients (14,8%) pensaient qu'elle était plus pénible.

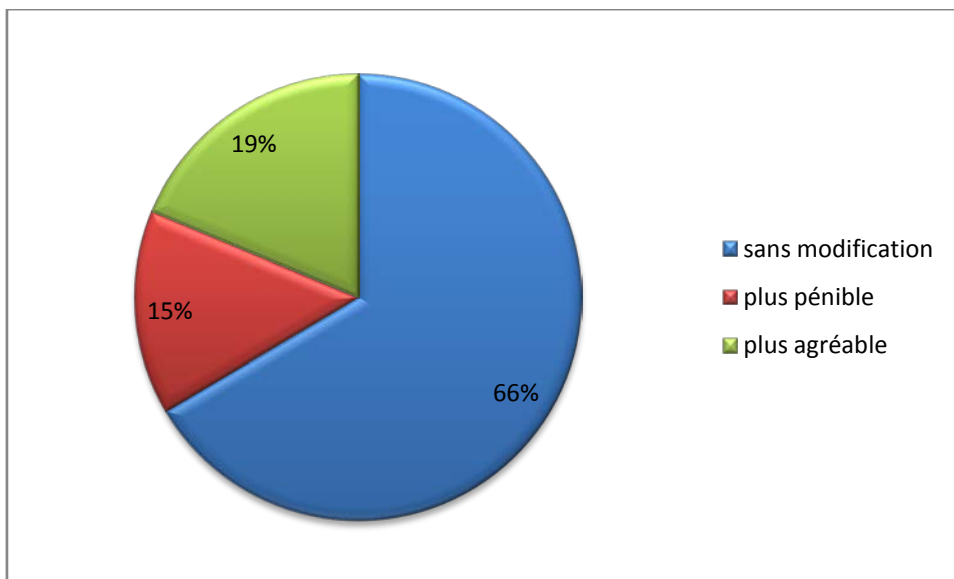


Figure 34: Répartition des patients des cas selon leur impression au sujet de la consultation.

### 5-3 Le médecin en présence de l'étudiant :

Cas :

Dans notre échantillon, 206 patients (89,6%) trouvaient que le médecin en présence de l'étudiant était neutre, 19 patients des cas (8,3%) pensaient qu'il était plus attentionné et plus à l'écoute. Alors que pour 5 patients des cas (2,2%) ,le médecin était moins attentionné et superficiel.

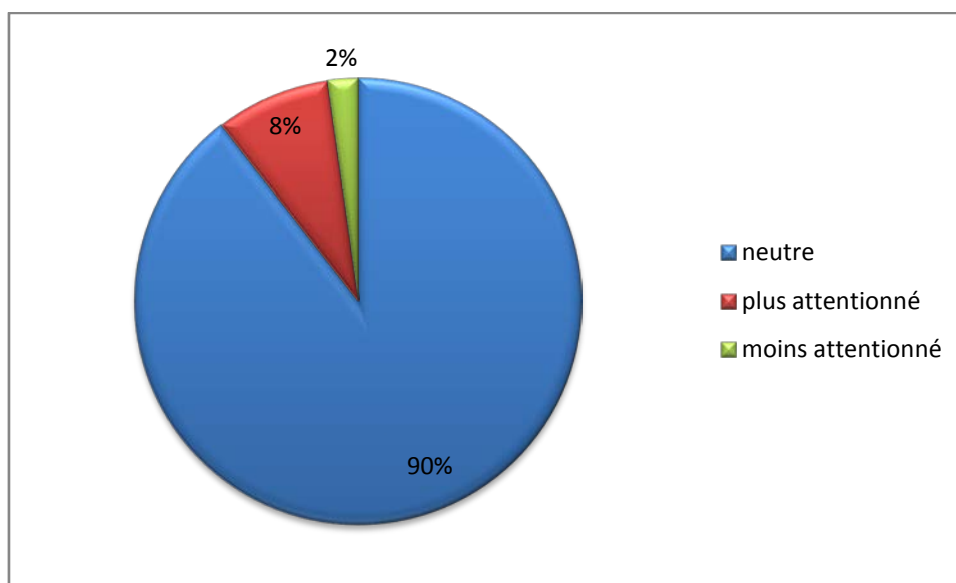


Figure 35: Répartition des patients des cas selon l'attitude du médecin.

Témoins :

On a constaté que 134 patients (87%) pensaient que le médecin en présence de l'étudiant serait neutre, pour 13 patients (8,4%), le médecin serait plus attentionné et à l'écoute, il serait moins attentionné pour 7 patients (4,5%).

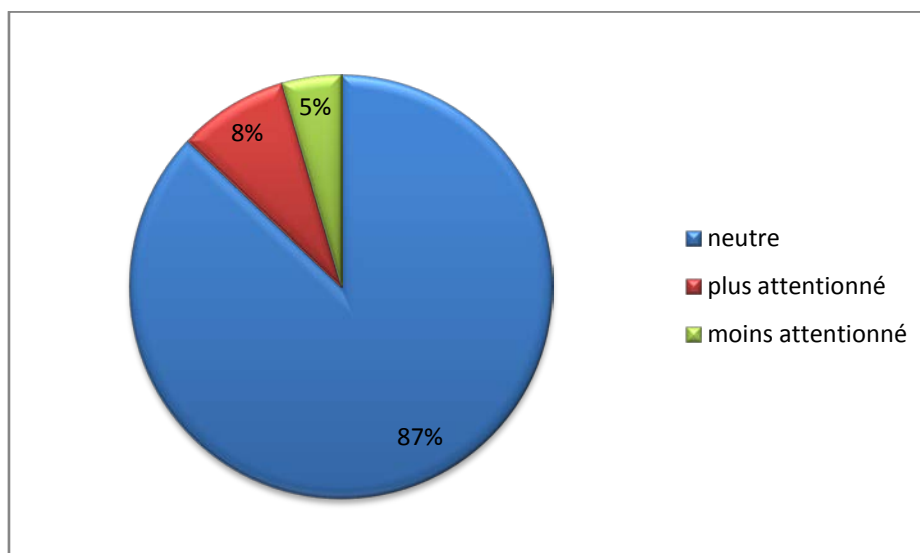


Figure 36: Répartition des patients des témoins selon l'attitude du médecin.

#### 5-4 Qualité de soins en présence de l'étudiant :

Cas :

Dans le groupe des cas, 90 patients (39,1%) pensaient qu'ils étaient mieux soignés en présence de l'étudiant.

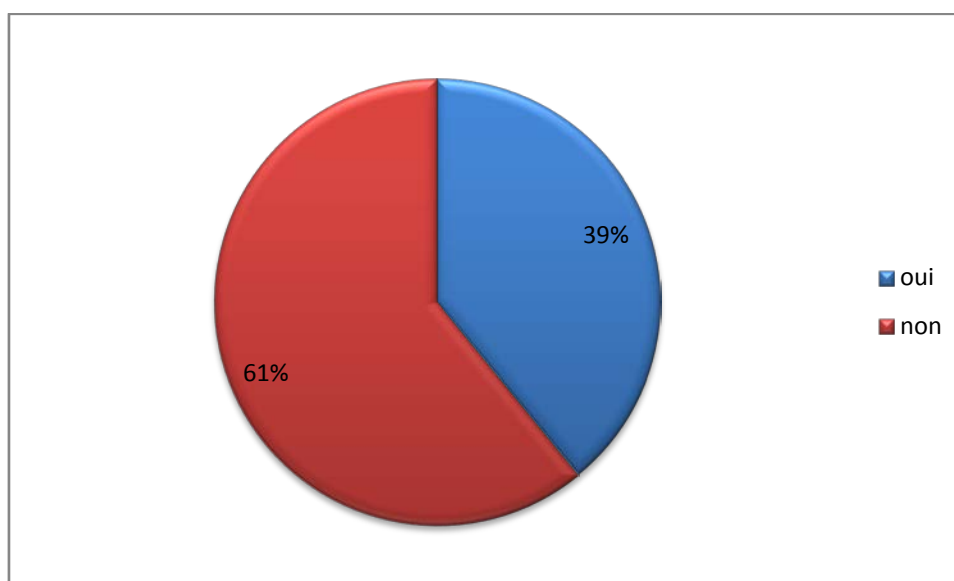


Figure 37: Répartition des patients des cas selon leur avis sur la qualité des soins procurés en présence de l'étudiant.

Témoins :

On a remarqué que 63 patients (40,9%) pensaient qu'ils seraient mieux soignés en présence de l'étudiant.

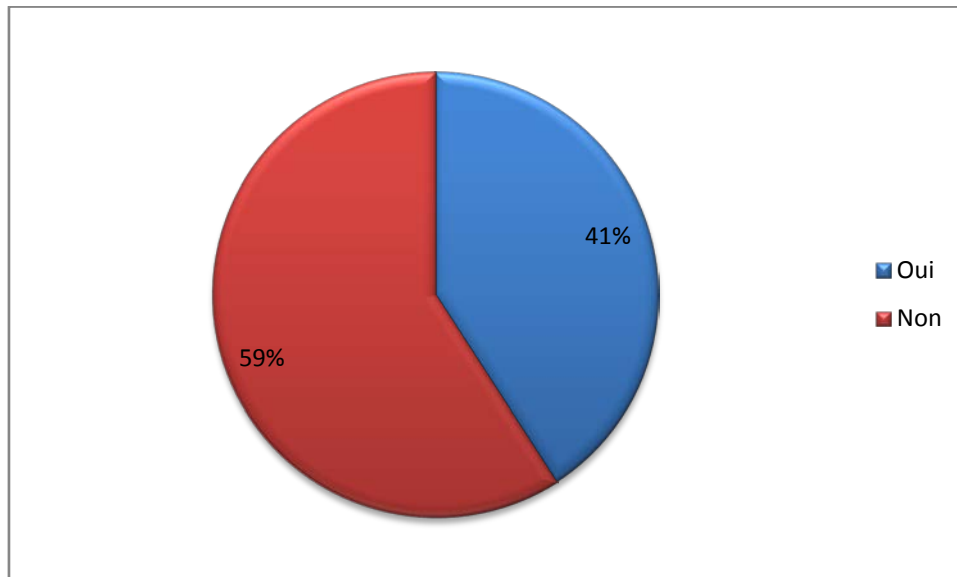


Figure 38: Répartition des patients des témoins selon leur avis sur la qualité des soins procurés en présence de l'étudiant.

## **6. La nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation dans sa formation :**

Cas :

On a noté que 217 patients (94,3%) jugeaient nécessaire la présence de l'étudiant dans la consultation pour sa formation, 13 patients des cas (5,7%) considéraient cette présence inutile.

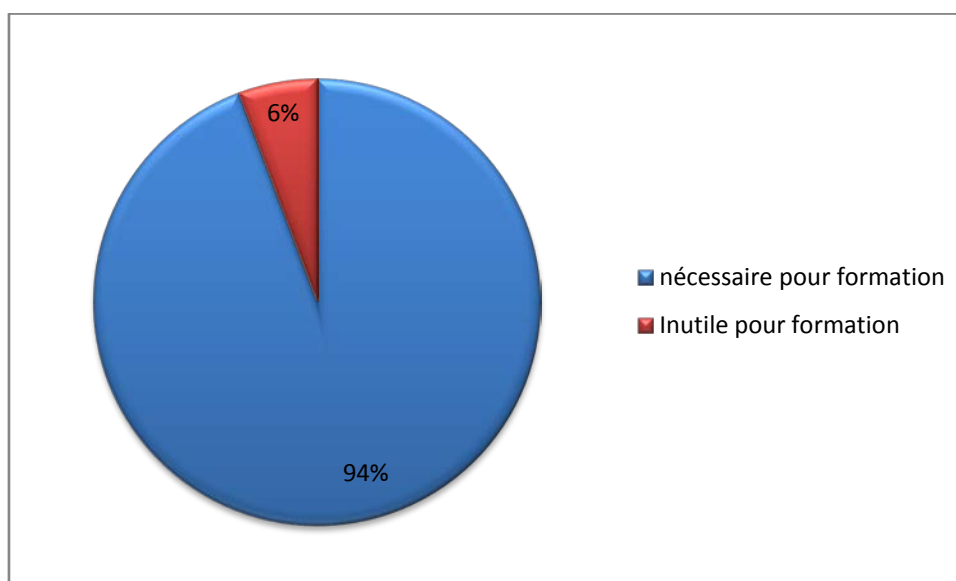


Figure 39: Répartition des patients des cas selon leur avis sur la nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation pour sa formation

### Témoins :

Dans notre échantillon 148 patients des témoins (96,1%) pensaient que la présence de l'étudiant dans la consultation serait nécessaire pour sa formation, alors que juste 6 patients des témoins (3,9%) voyaient qu'elle n'aurait pas d'intérêt dans son parcours.

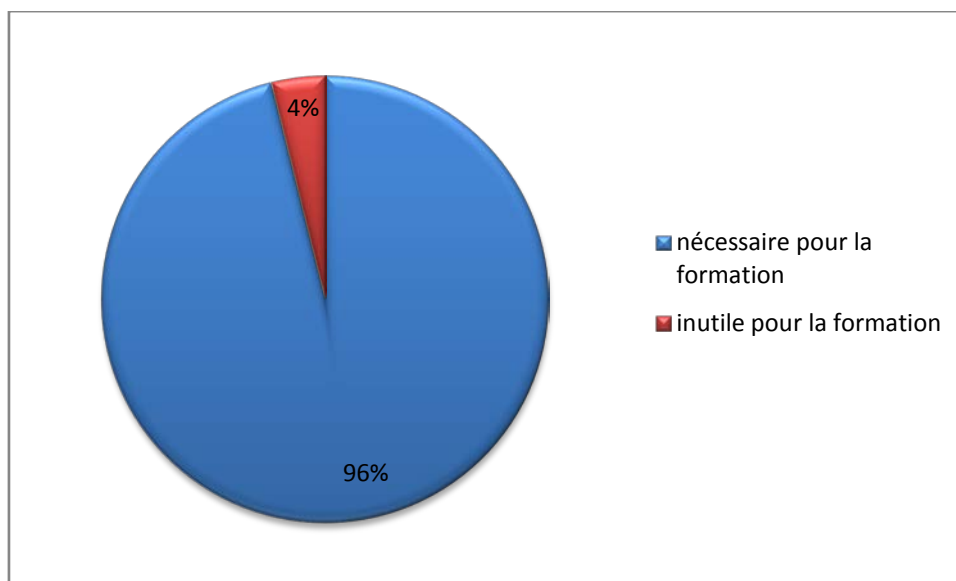


Figure 40: Répartition des patients des témoins selon leur avis sur la nécessité de la présence de l'étudiant dans la consultation pour sa formation

## 7. Satisfaction de la consultation :

Cas :

On a constaté que 214 patients des cas (93%) étaient satisfaits de la présence de l'étudiant dans la consultation, alors que seulement 16 patients (7%) ne l'étaient pas.

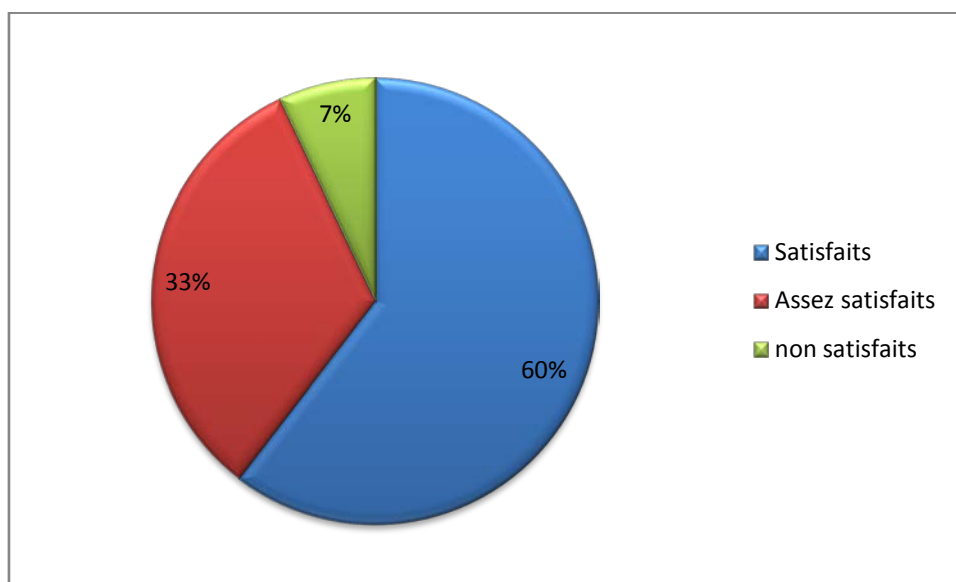


Figure 41: Répartition des patients des cas selon leur satisfaction de la consultation.

### 7-1 Raison de mécontentement :

Cas :

-Préoccupation par le stagiaire :

Dans notre étude, 216 patients (93,9%) jugeaient que le médecin était neutre en présence de l'étudiant, il s'est moins occupé du stagiaire selon 13 patients (5,7%), seulement un seul patient ( 0,4%) disait être négligé de la part du médecin

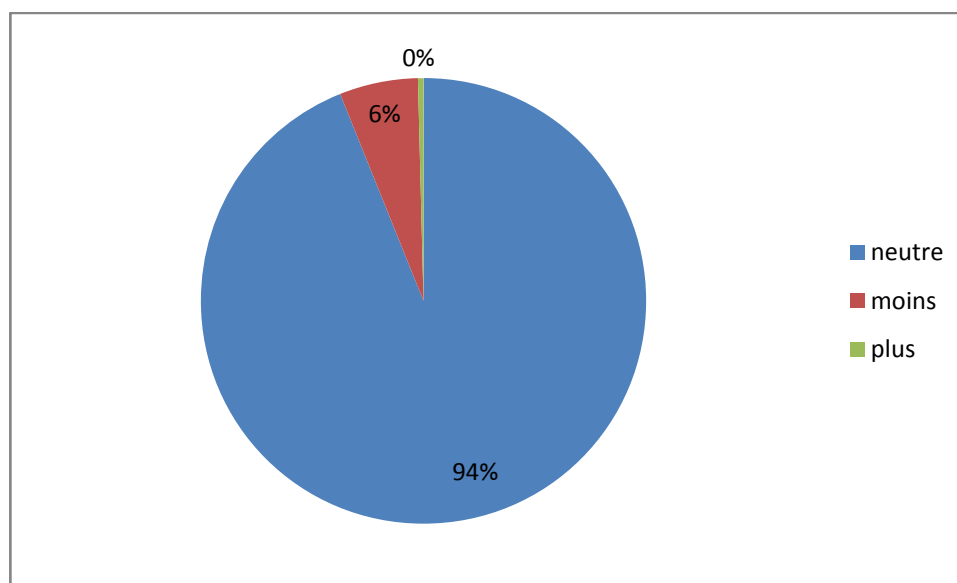


Figure 42: Répartition des patients des cas selon l'attitude du médecin (préoccupation par le stagiaire).

- Langage médical :

On a constaté que 212 patients (92,2%) n'étaient pas gênés par le langage médical parlé entre médecin et étudiant alors que 18 patients (7,8%) l'étaient.

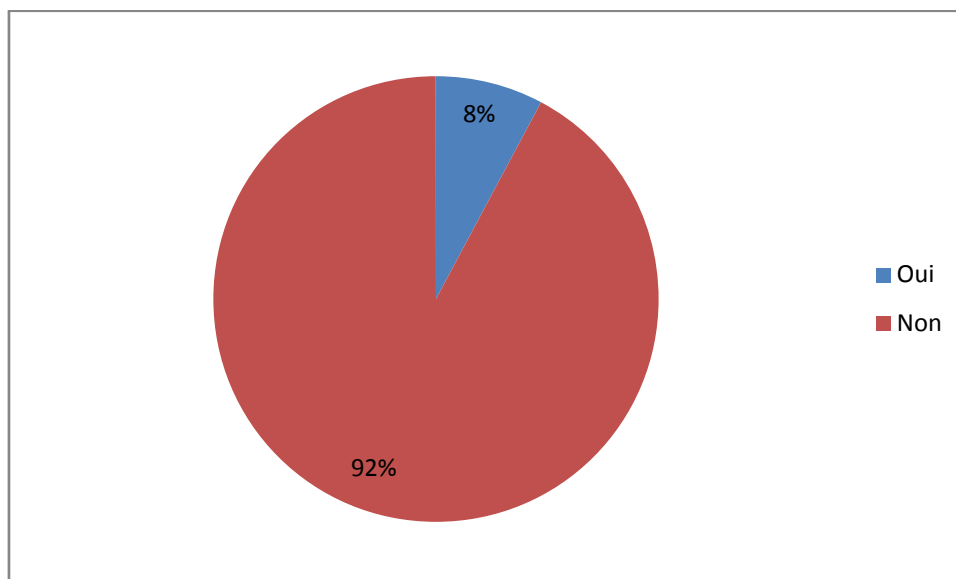


Figure 43: Répartition des patients des cas selon leur gêne par le langage médical non compris entre le médecin et l'étudiant.

- Patient cobaye :

Il s'avère que 26 patients des cas (11,3%) se voyaient comme patients cobayes en acceptant l'étudiant dans la consultation.

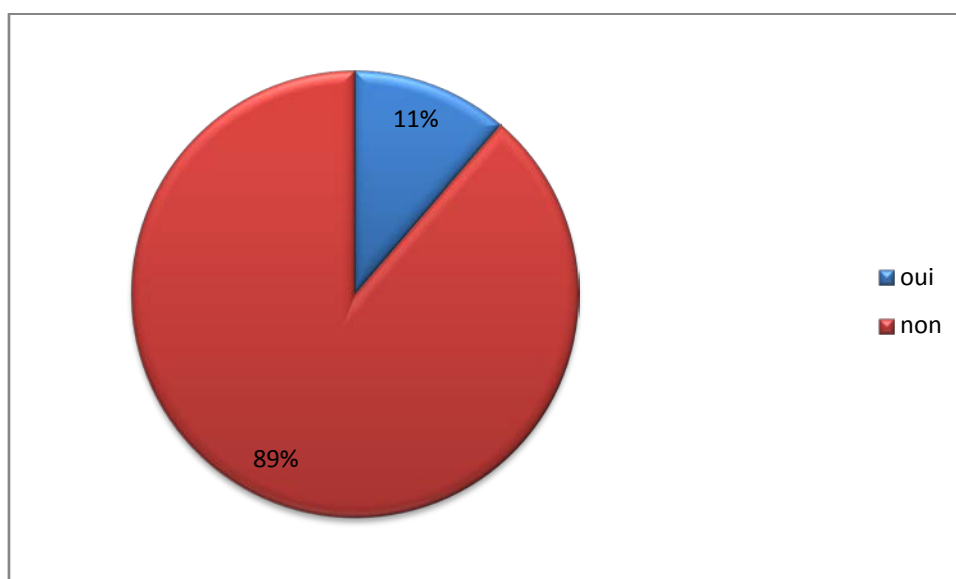


Figure 44: Répartition des patients des cas selon le sentiment d'être patient cobaye.

- Sensation de gêne :

On a constaté que 38 patients des cas (16,5%) étaient gênés par la présence de l'étudiant et avaient quitté la consultation avant de tout dire.

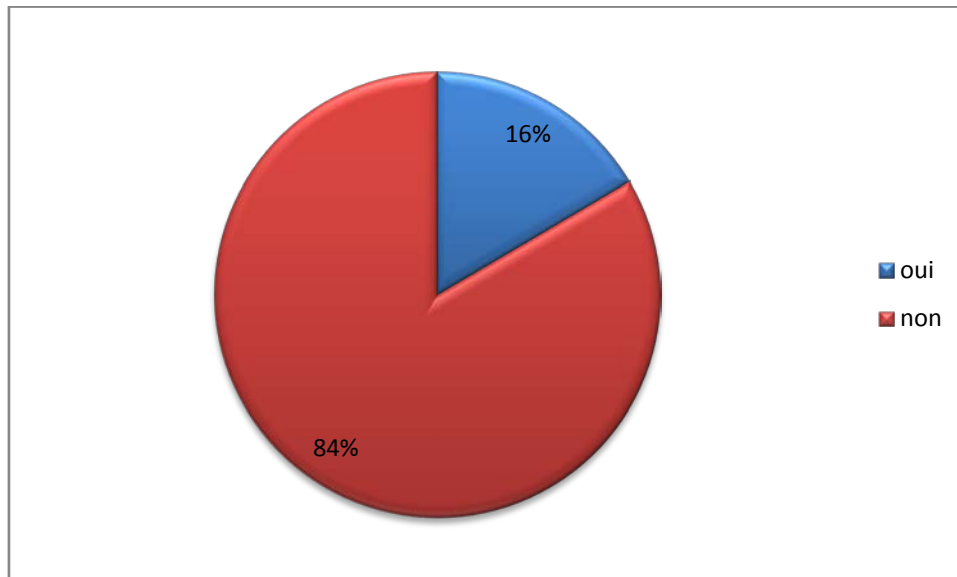


Figure 45: Répartition des patients des cas selon la sensation de gêne.

## 8. Apport de la présence de l'étudiant sur la consultation

Cas :

D'après 141 patients (61,3%) la consultation était profitable pour l'étudiant, elle l'était pour le patient et l'étudiant pour 87 patients (37,8%), tandis que 2 patients (0,9%) jugeaient qu'elle était profitable pour le patient seulement.

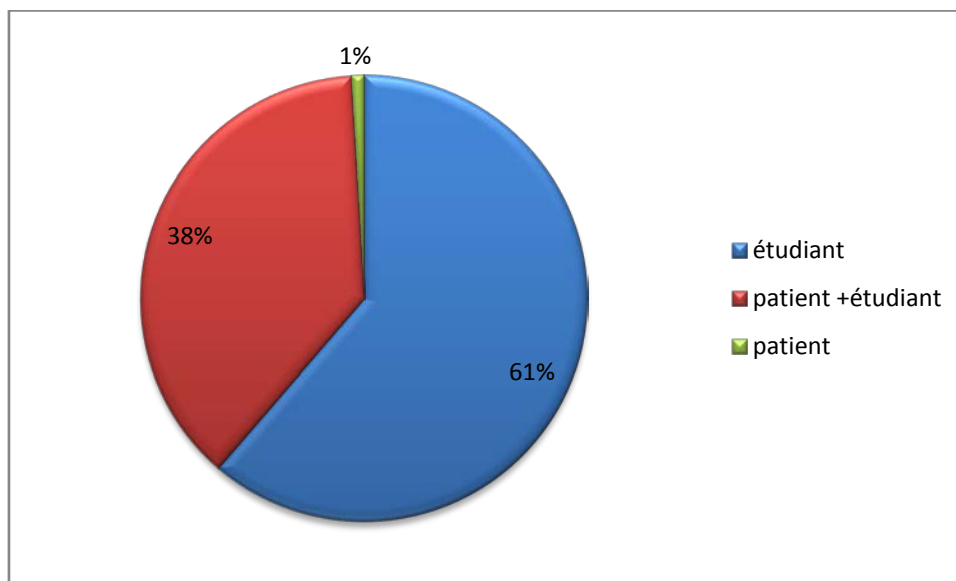


Figure 46: Répartition des patients des cas selon leur avis sur l'apport de la consultation.

Témoins :

Dans ce groupe, 92 patients (59,7%) jugeaient que la consultation serait profitable pour l'étudiant seulement, alors que 62 patients (40,3%) disaient qu'elle la serait pour le patient et l'étudiant, aucun patient ne pensait qu'elle serait profitable pour le patient seulement.

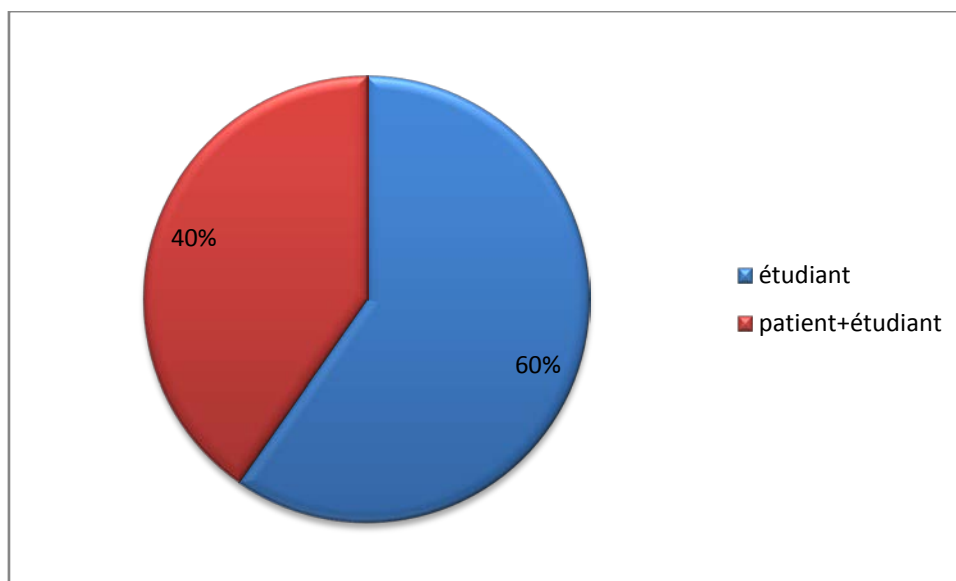


Figure 43: Répartition des patients des témoins selon leur avis sur l'apport de la consultation

### **8-1. Bénéfices de la consultation en présence de l'étudiant :**

Cas :

On a constaté que 34 patients (14,8%) étaient plus informés sur leur problème de santé en présence de l'étudiant.

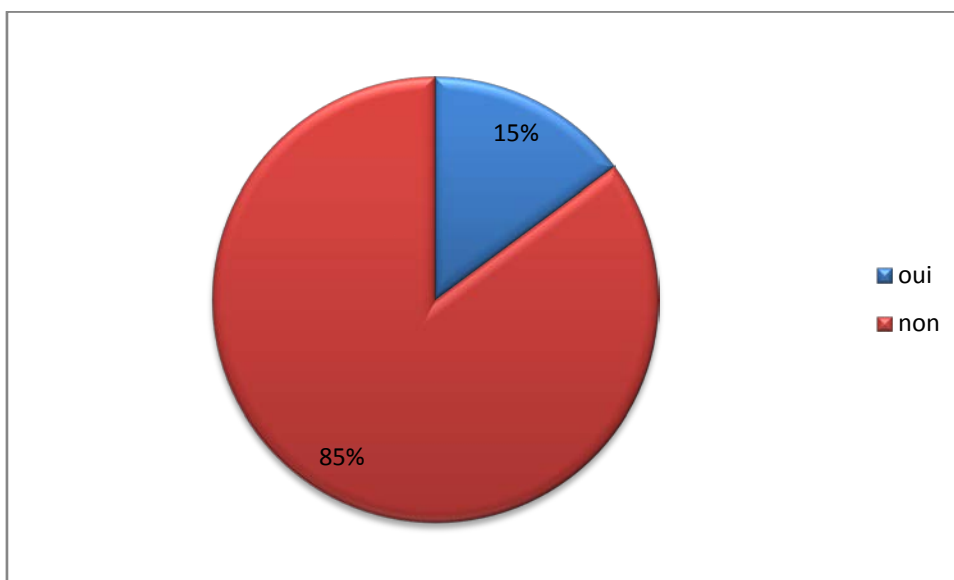


Figure 44: Répartition des patients des cas selon leur bénéfice de la consultation.

Témoins :

Dans notre échantillon, il y a 27 patients (17,5%) qui penseraient apprendre davantage sur leur problème de santé en présence de l'étudiant.

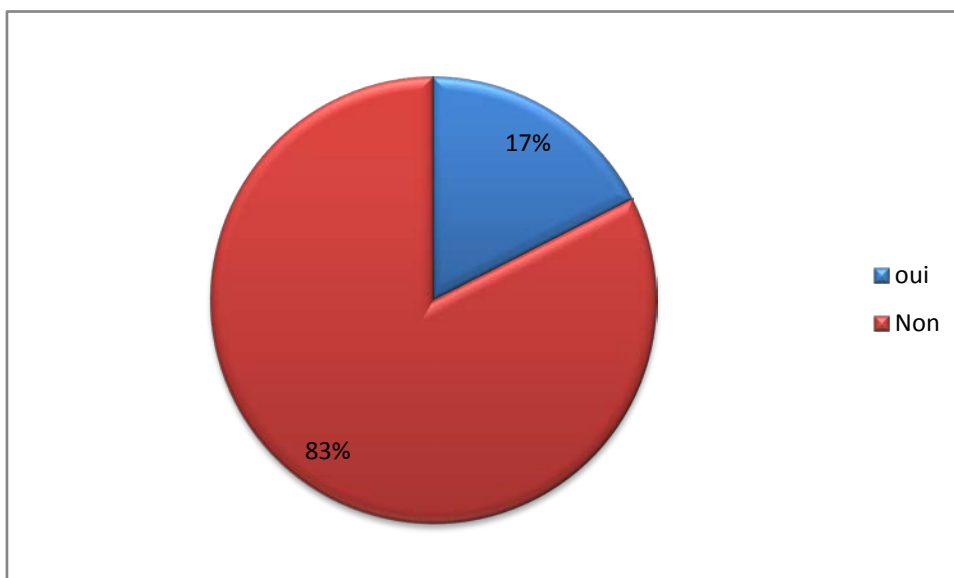


Figure 45: Répartition des patients des témoins selon leur bénéfice de la consultation.

## **8-2 Patient formateur :**

Cas :

On a constaté que 203 patients (88,3%) étaient satisfaits de participer à la formation de l'étudiant, alors que juste 27 patients des cas (11,7%) qui ne l'étaient pas.

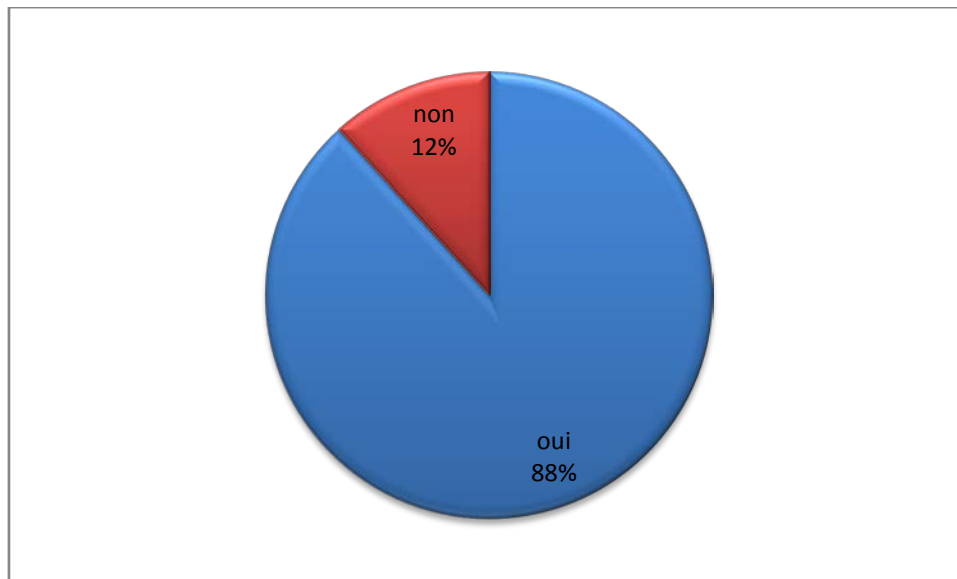


Figure 46: Répartition des patients des cas selon leur satisfaction de participer à la formation de l'étudiant

Témoins :

Dans le groupe des témoins, 132 patients (85,7%) seraient satisfaits de participer à la formation de l'étudiant

Seulement 22 patients des témoins (14,3%) ne seraient pas satisfaits de leur rôle de patient formateur.

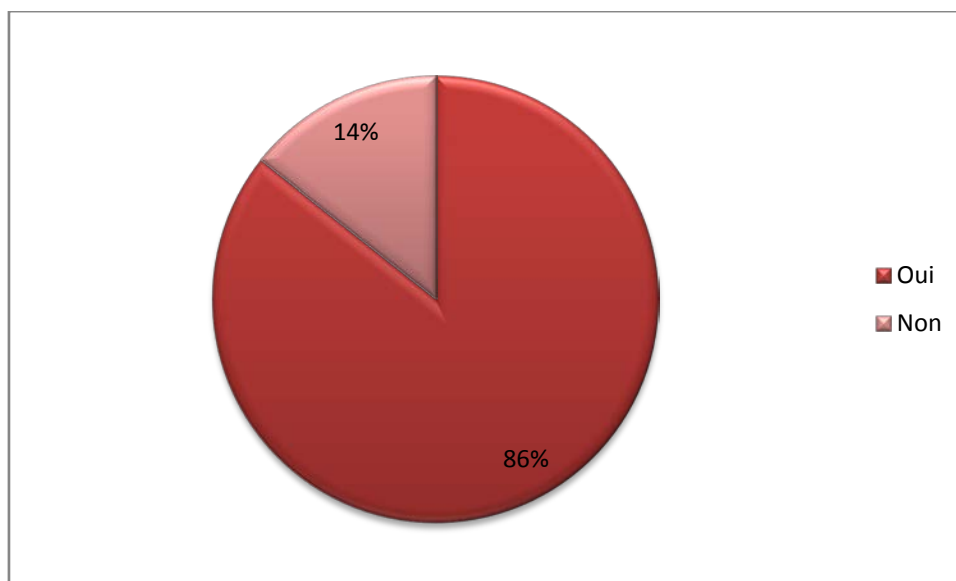


Figure 47: Répartition des patients des témoins selon leur satisfaction de participer à la formation de l'étudiant

### 8-3 Explications lors de la présence de l'étudiant :

Cas :

80 patients des cas (34,8%) avaient plus d'explications en présence de l'étudiant.

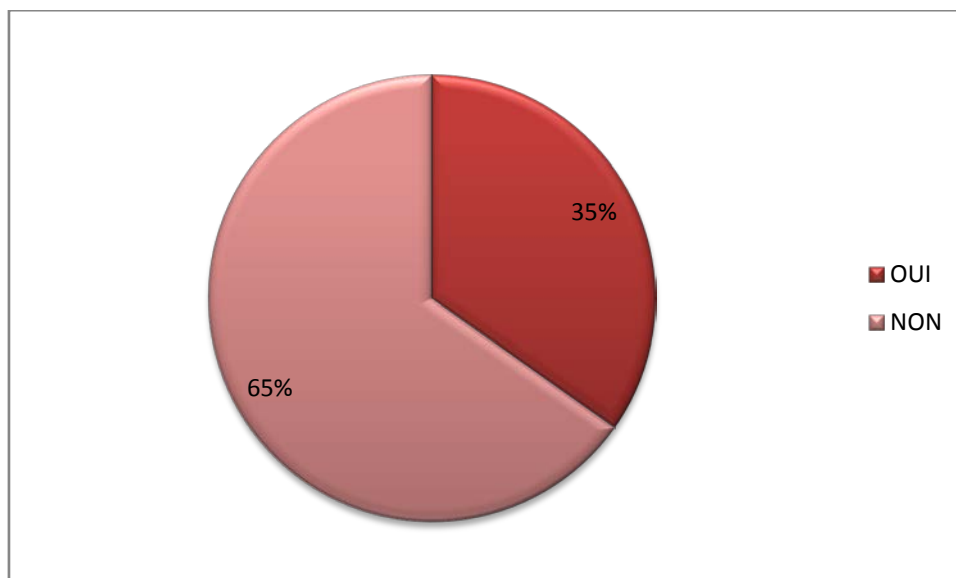


Figure 48: Répartition des patients des cas selon leur bénéfice de la consultation (Explications de l'étudiant).

Témoins :

Dans notre échantillon, il y avait 66 patients des témoins (42,9%) qui penseraient avoir plus d'explications de l'étudiant.

A côté, il y avait 88 patients des témoins (57,1%) qui penseraient le contraire.

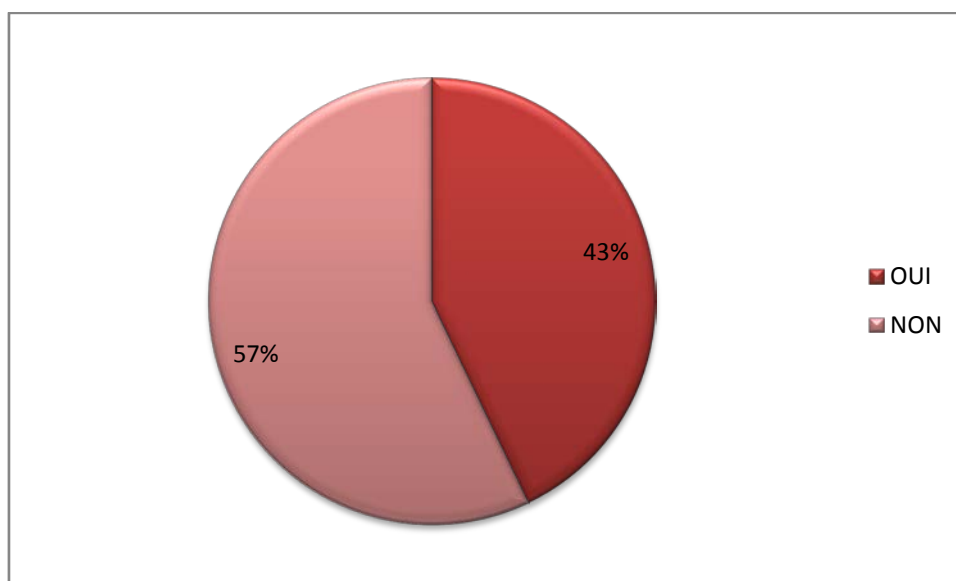


Figure 49: Répartition des patients des témoins selon leur bénéfice de la consultation (Explications de l'étudiant).

## **9. Impact de la présence de l'étudiant sur la confidentialité de la relation thérapeutique**

### **9-1 Informations personnelles en présence de l'étudiant :**

Cas :

On a constaté que 190 patients (82,6%) acceptaient de donner des informations personnelles en présence de l'étudiant, tandis que 40 patients (17,4%) refusaient.

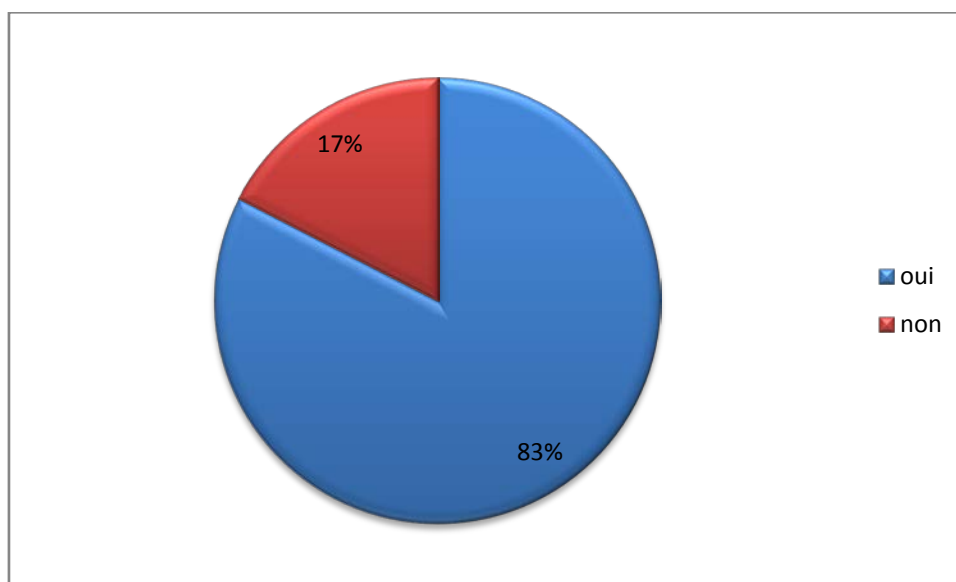


Figure 50 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de donner des informations personnelles.

### Témoins :

Dans le groupe des témoins, il y a 127 patients (82,5%) qui accepteraient de donner des informations personnelles en présence de l'étudiant. En parallèle, 27 patients des témoins (17,5%) refuseraient.

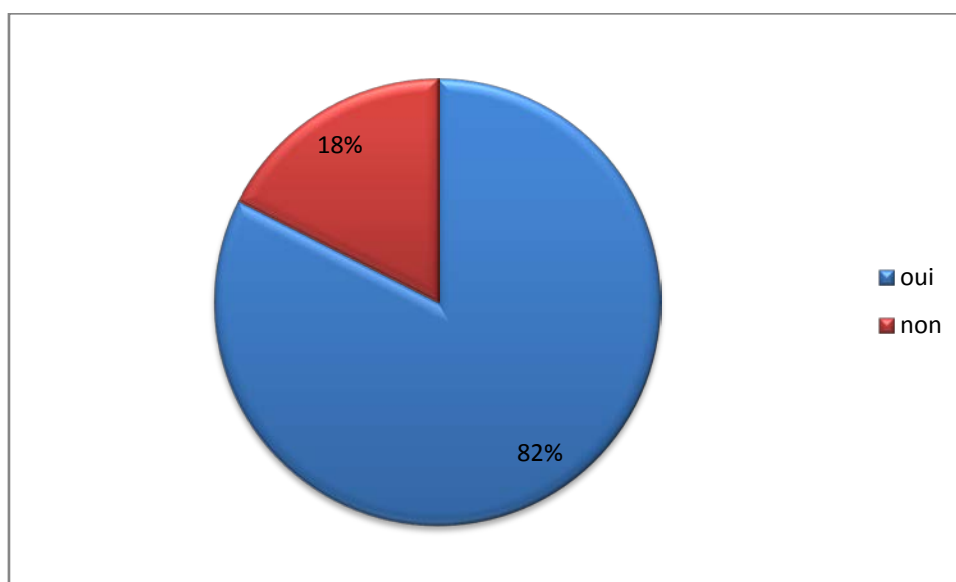


Figure 51: Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de donner des informations personnelles.

### **9-2 Accès au dossier médical par l'étudiant :**

Cas :

Dans notre échantillon, l'accès au dossier médical par l'étudiant était accepté par 118 patients (78,7%), alors que 30 patients des cas (13%) étaient sans opinion ,19 patients des cas (8,3%) refusaient.

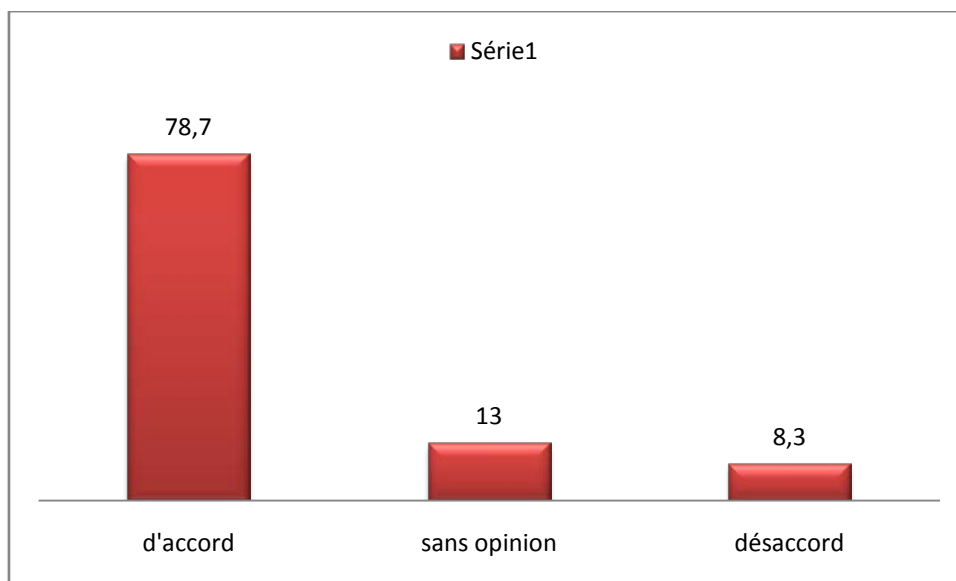


Figure 52 : Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'accès au dossier médical par l'étudiant.

Témoins :

On a noté que 126 patients (81,8%) seraient d'accord pour que l'étudiant accède à leur dossier médical, 16 patients (10,4%) étaient sans opinion, 12 patients (7,8%) seraient contre

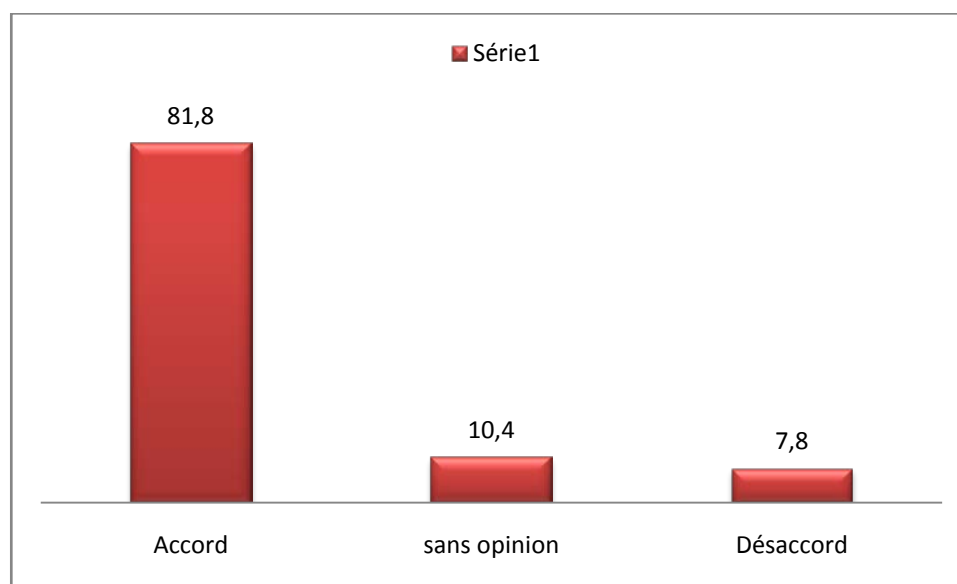


Figure 53 : Répartition des patients des témoins selon leur accord à l'accès au dossier médical par l'étudiant.

### 9-3 Confiance envers le médecin vu son statut du médecin formateur :

Cas :

On a noté 134 patients (58,3%) avaient confiance envers leur médecin vu son statut du médecin formateur ,93 patients (40,4%) étaient indifférents, 3 patients (1,3%) n'avaient pas confiance envers leur médecin.

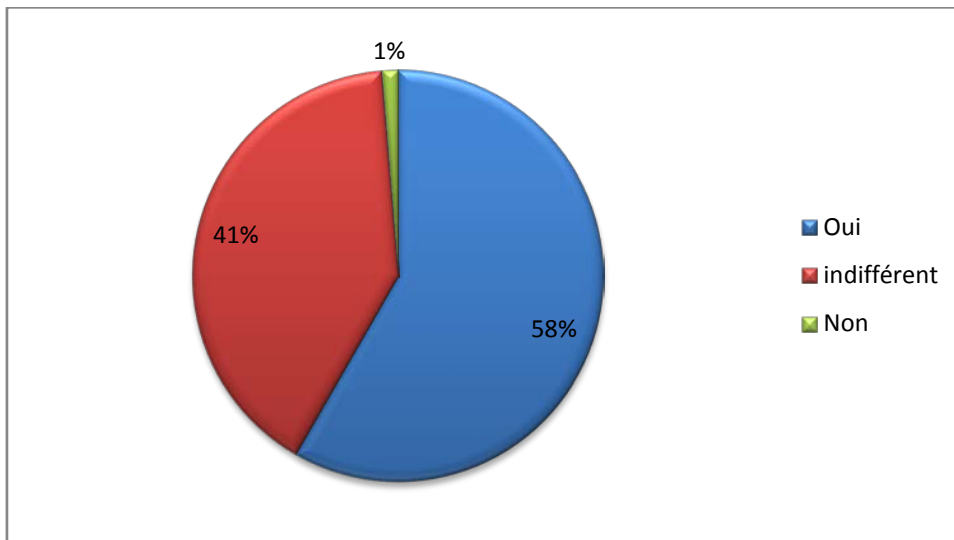


Figure 54: Répartition des patients des cas selon leur confiance envers leur médecin. Témoins :

Il s'avère que 94 patients (61%) auraient confiance envers le médecin vu son statut formateur ,59 patients (38,3%) seraient indifférents alors qu'un seul patient (0,6%) n'aurait pas confiance envers son médecin.

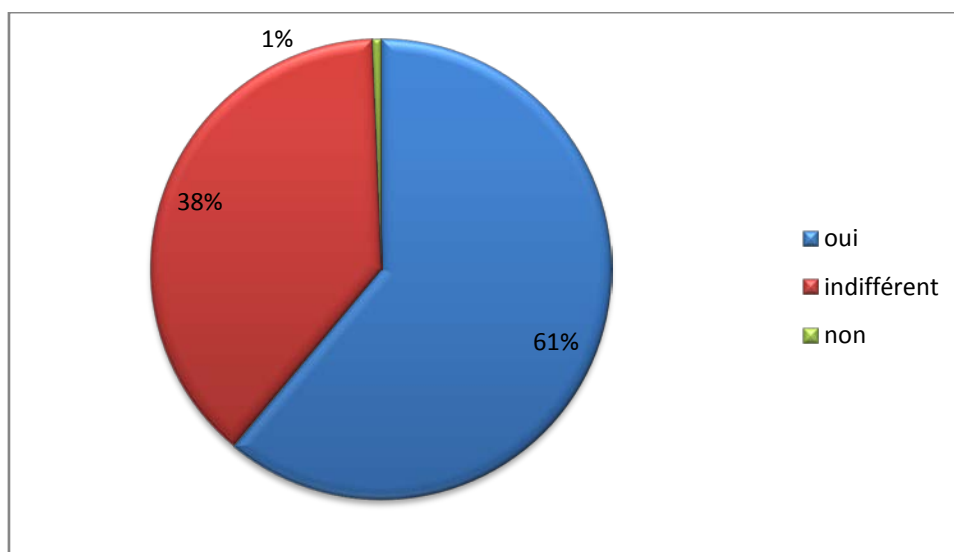


Figure 55: Répartition des patients des témoins selon leur confiance envers leur médecin.

#### **9-4 Etudiant menant l'entretien psychiatrique :**

Cas :

On a constaté que 184 patients des cas (80%) étaient pour qu'un étudiant mène l'entretien psychiatrique, 46 patients des cas (20%) étaient contre.

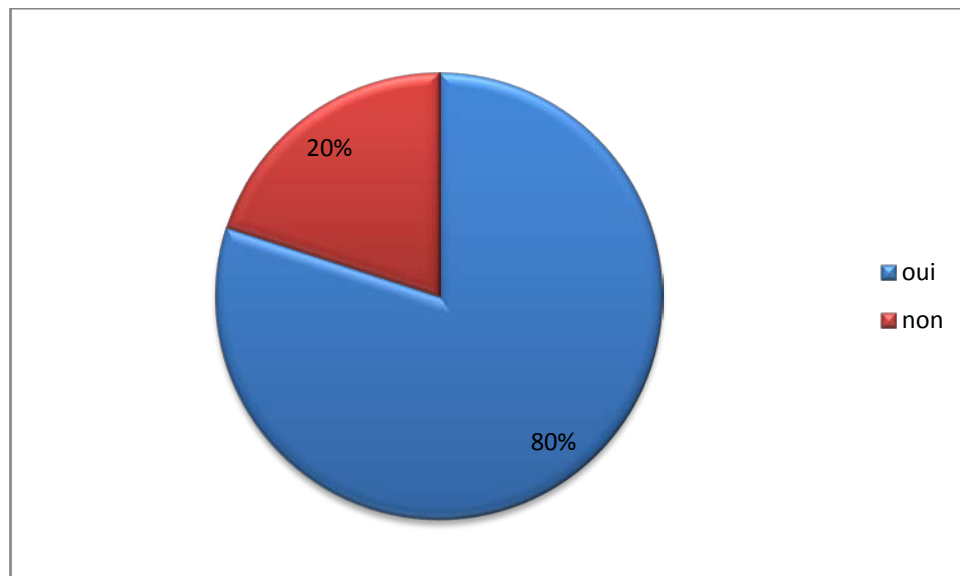


Figure 56: Répartition des patients des cas selon leur acceptation de l'étudiant menant l'entretien psychiatrique.

Témoins :

Dans notre échantillon, on a noté que 123 patients des témoins (79,9%) étaient pour qu'un étudiant mène l'entretien psychiatrique, 31 patients des témoins (20,1%) étaient contre.

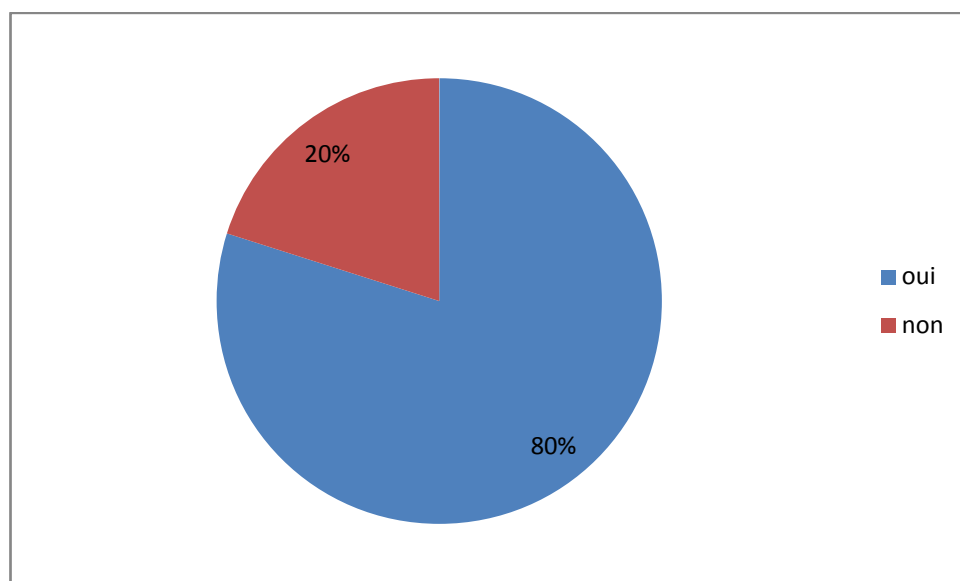


Figure 57: Répartition des patients des témoins selon leur acceptation de l'étudiant menant l'entretien psychiatrique.

## 10. Attitude de l'étudiant dans la consultation :

Cas :

On a remarqué que 149 patients des cas (64,8%) préféraient l'étudiant plutôt (actif–expressif–impliqué dans la consultation), pour 81 patients (35,2%) il devait être (observateur – en retrait –non sollicité en consultation ).

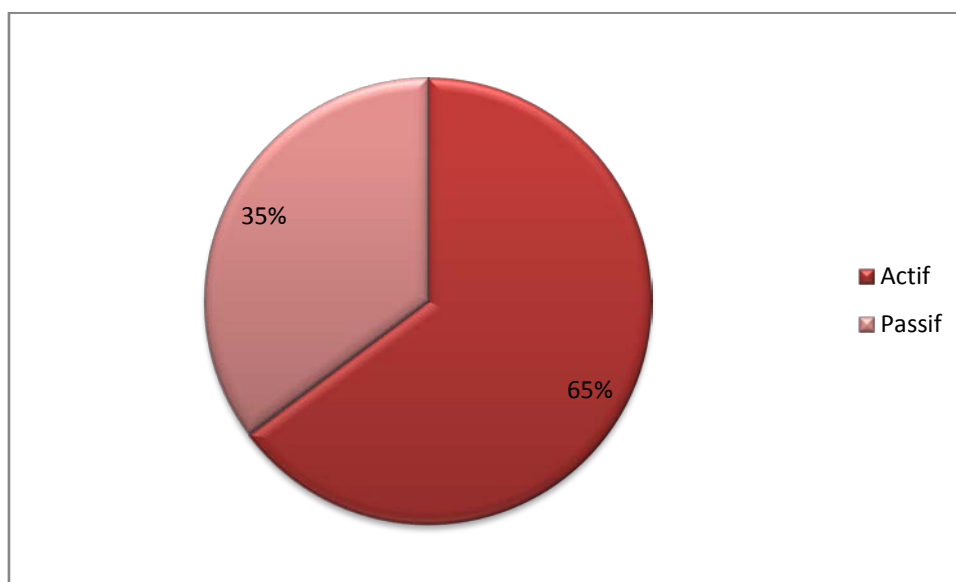


Figure 58: Répartition des patients des cas selon l'attitude de l'étudiant.

Témoins :

Dans notre échantillon, on a noté que 101 patients (65,6%) préféreraient que l'étudiant soit actif en consultation, 53 patients (33,4%) voudraient qu'il soit en retrait.

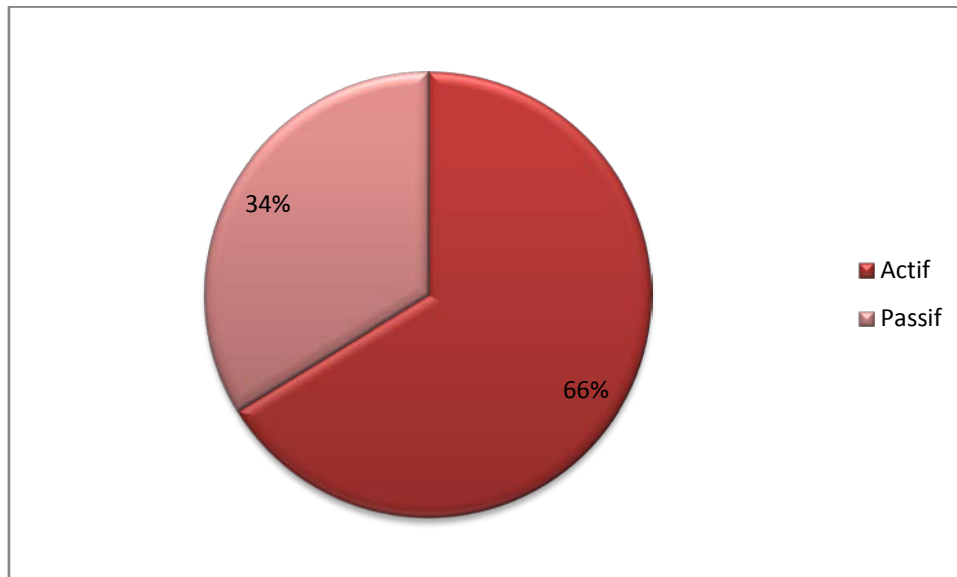


Figure 59: Répartition des patients des témoins selon l'attitude de l'étudiant.

## 11 – Echelles psychométriques :

### 11-1 Le MINI :

#### 11-1-1 Episode dépressif majeur :

Cas :

On a constaté que dans notre échantillon 119 patients (51,7%) avaient fait un épisode dépressif majeur.

Chez 81 patients (68%) l'épisode dépressif majeur était dans le passé, chez 38 patients (32%) l'EDM était actuel.

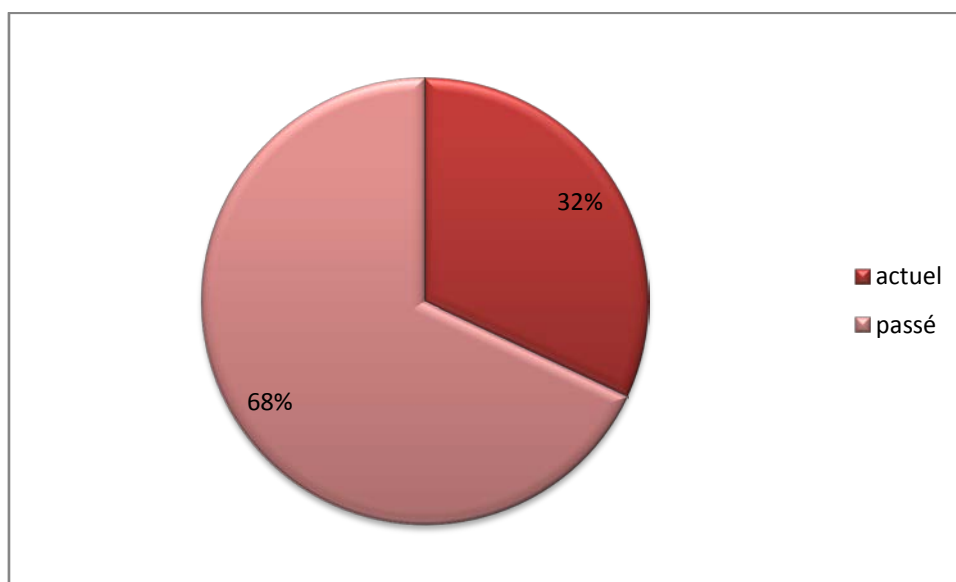


Figure 60: Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'épisode dépressif majeur

Témoins :

Dans ce groupe, 72 patients (46,8%) avaient présenté un EDM.

40 patients (55%) dans le passé, 32 patients (45%) actuel .

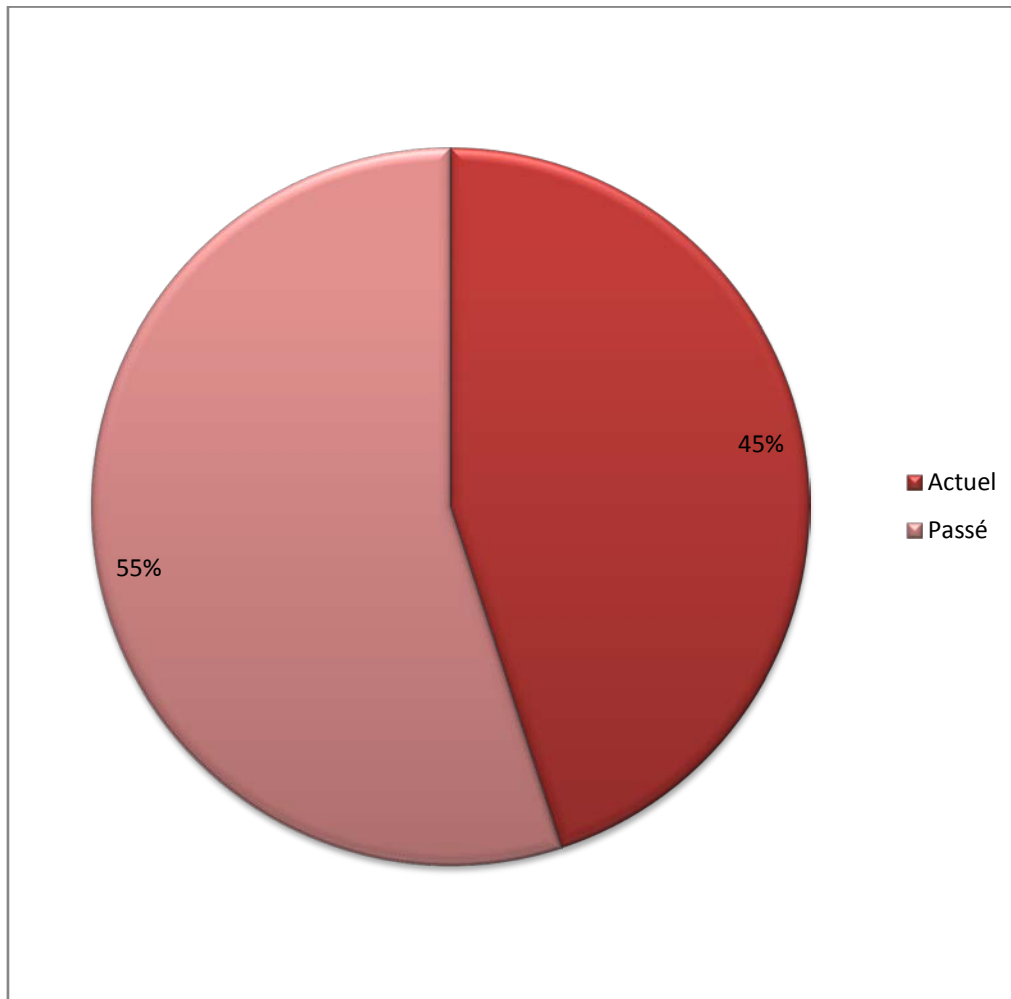


Figure 61 : Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'EDM.

### 11-1-2 Risque suicidaire actuel :

Cas :

On a noté que 5 patients (2,2%) avaient un risque suicidaire.

2 patients (40%) avaient un risque léger, 1 patient (20%) avait un risque suicidaire moyen, 2 (40%) présentaient un risque élevé.

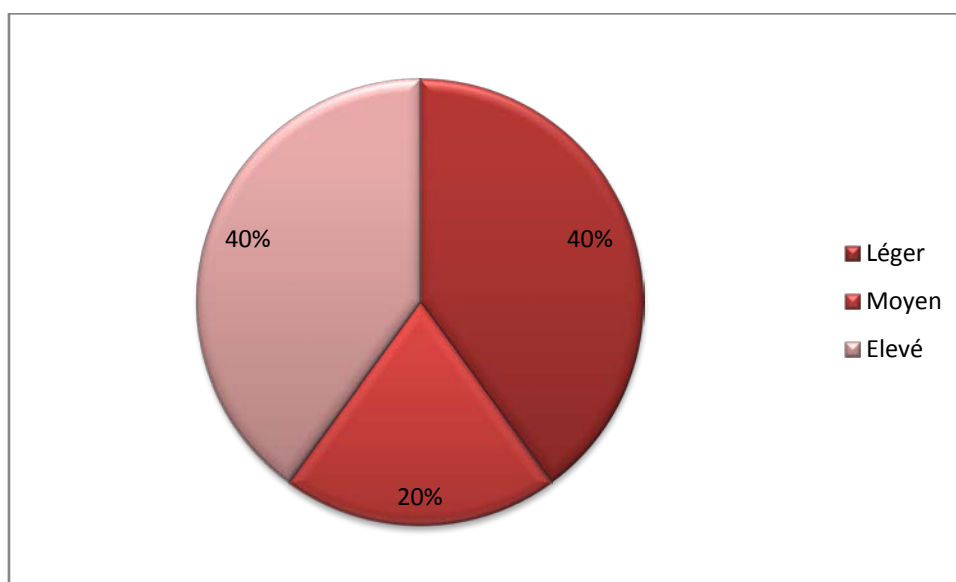


Figure 62: Répartition des patients des cas selon le degré du risque suicidaire.

Témoins :

Dans l'échantillon d'étude, il y a 4 patients (2,6%) ayant un risque suicidaire

Tous les 4 patients avaient un risque léger.

### 11-1-3 Episode maniaque :

Cas :

On a constaté que 13 patients (5,7%) avaient fait un épisode maniaque  
5 patients (38%) dans le passé, 8 patients (62%) actuel.

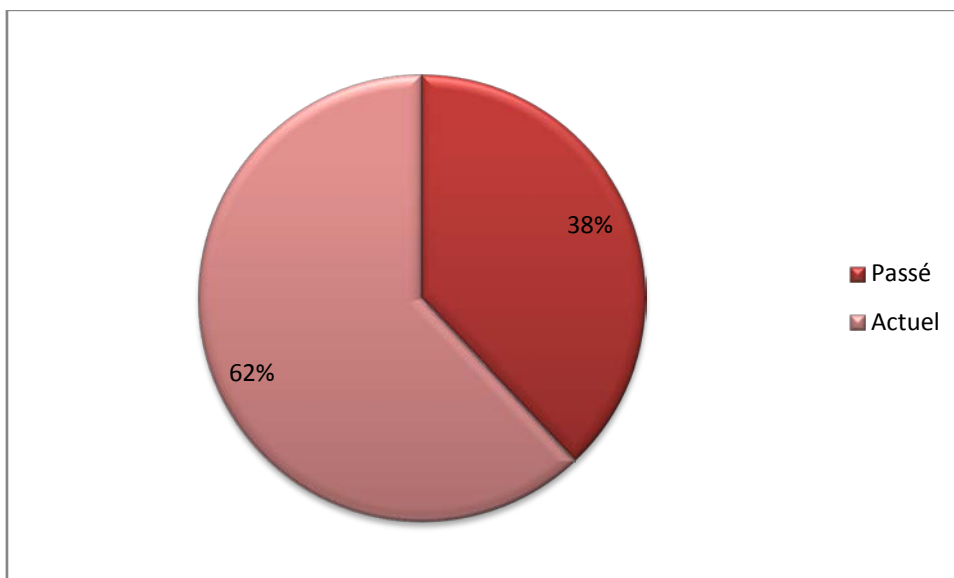


Figure 63: Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'épisode maniaque.

Témoins :

D'après notre étude ,13 patients (8,4%) présentaient un épisode maniaque  
2 patients (23%) dans le passé, 10 patients (77%) actuel

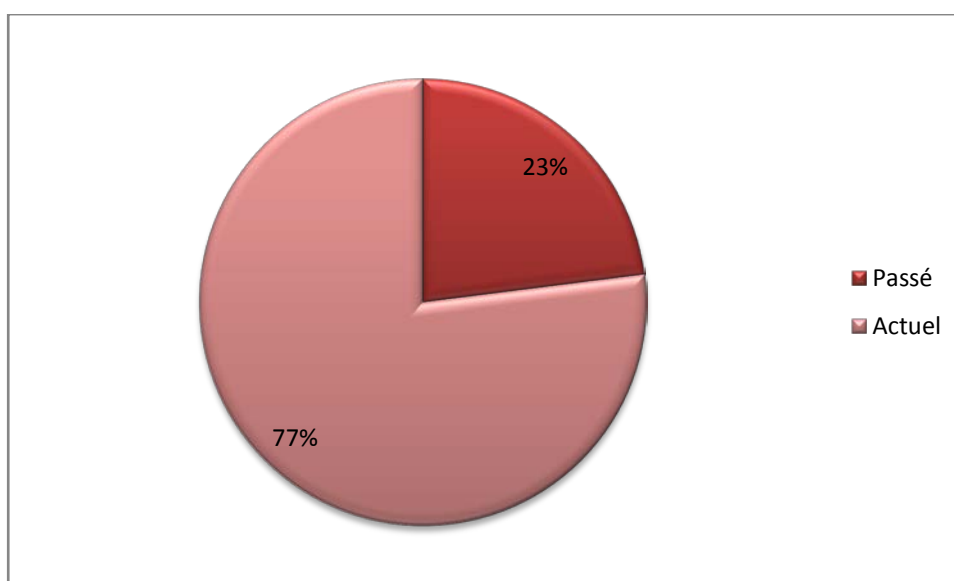


Figure 64: Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'épisode maniaque.

#### **11-1-4 Episode hypomaniaque :**

Cas :

On a noté qu'un seul patient était en épisode hypomaniaque.

#### **11-1-5 Trouble panique :**

Cas :

On a noté que 15 patients (6,5%) avaient un trouble de panique

Témoins :

Il y a dans ce groupe, 10 patients (6,5%) avec trouble de panique

#### **11-1-6 Agoraphobie :**

On n'a pas noté la présence d'un patient présentant une agoraphobie dans notre échantillon d'étude.

### 11-1-7 Phobie sociale :

Témoins :

On a constaté qu'un seul patient de notre échantillon présentait une phobie sociale.

### 11-1-8 Trouble obsessionnel compulsif :

Cas :

Dans notre échantillon, il y a 6 patients (2,6%) présentant un trouble obsessionnel compulsif.

Chez 4 patients (67%) il était ancien, chez 2 patients (33%) le trouble était actuel.

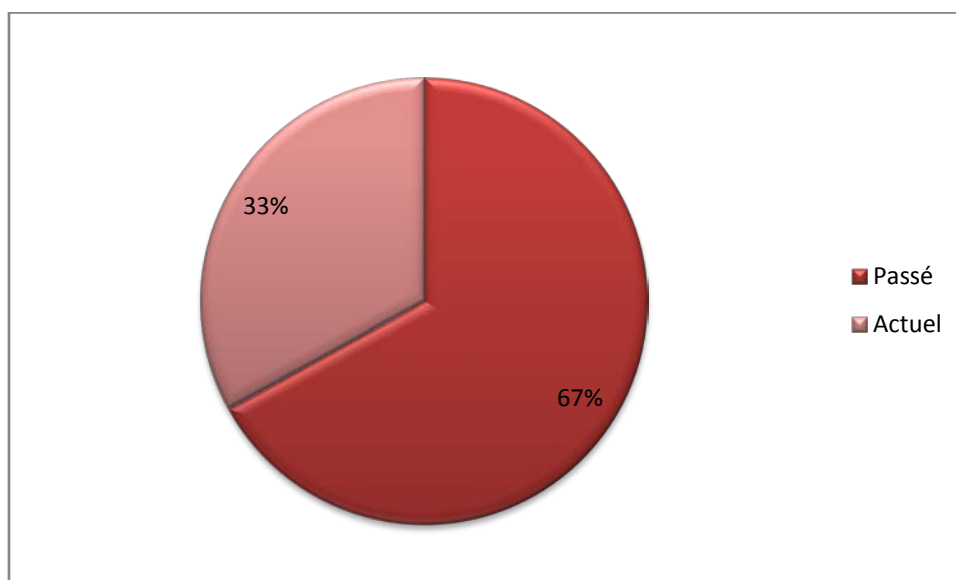


Figure 65: Répartition des patients des cas selon l'ancienneté du TOC.

Témoins :

On a constaté que 3 patients (1,9%) avaient un TOC.

1 patient (33%) le présentait dans le passé, tandis que 2 patients (67%) l'avaient actuellement

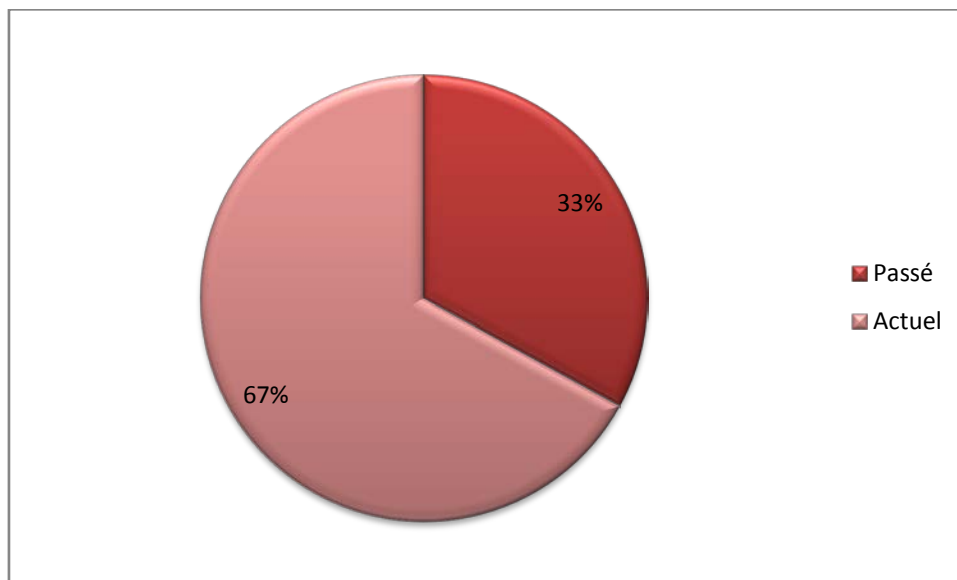


Figure 66: Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté du TOC.

### 11-1-9 Etat de stress post traumatique :

Cas :

On a trouvé 6 patients (2,6%) avec état de stress post traumatique.

2 patients (50%) présentaient l'ESPT dans le passé, 3 patients (50%) l'avaient récemment.

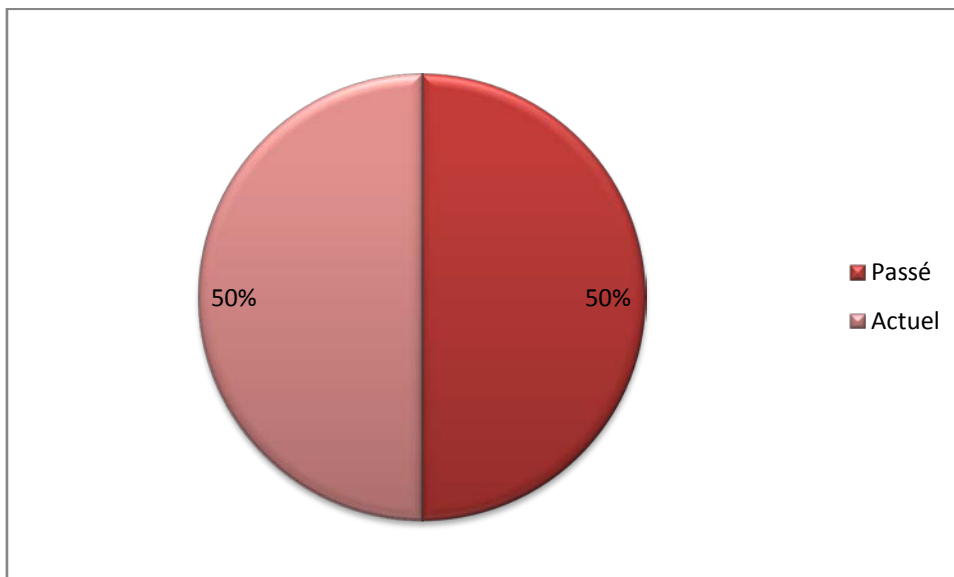


Figure 67: Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'ESPT.

Témoins :

Dans cet échantillon, 5 patients (3,2%) avaient un ESPT.

Chez 4 patients (80%), l'ESPT était ancien, alors que chez un seul patient (20%) il était récent.

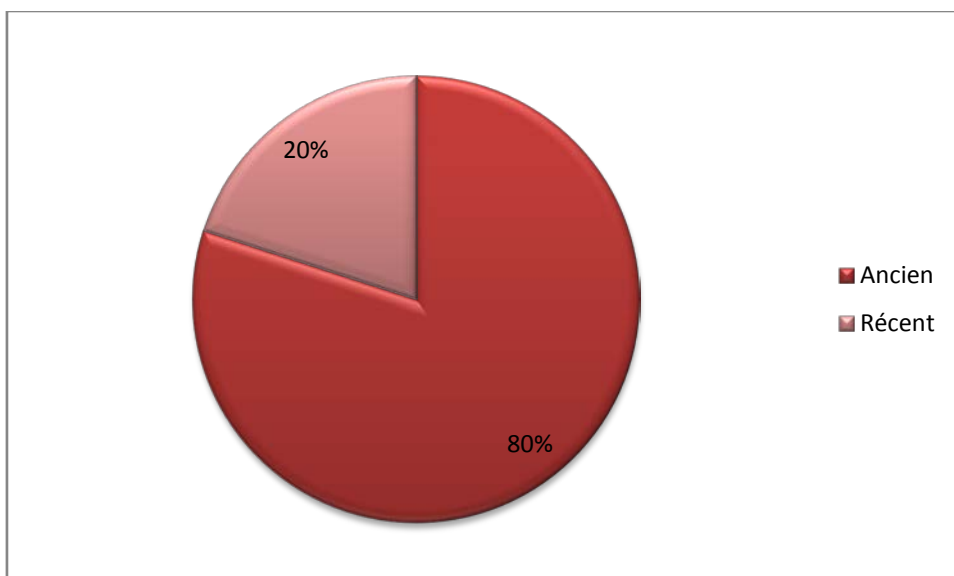


Figure 68: Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté de l'ESPT .

### 11-1-10 Les addictions :

Cas :

Dans le groupe des cas, on a noté que 28 patients (12,2%) avaient une dépendance au cannabis, 25 patients (10,9%) une dépendance au tabac, 19 patients (8,3%) à l'alcool, 9 patients (3,9%) étaient dépendant à la cocaïne, 8 patients (3,5%) aux opiacés, 2 patients (0,9%) aux sédatifs, 2 patients (0,9%) dépendaient aux stimulants.

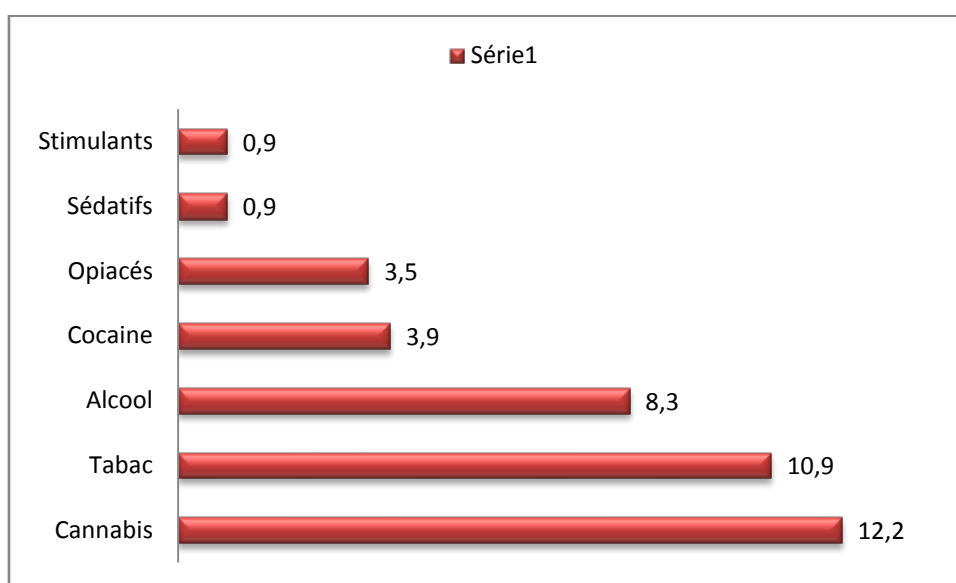


Figure 69: Répartition des patients des cas selon les addictions.

### Témoins :

Chez les témoins, 16 patients (10,4%) avaient une dépendance au cannabis ,15 patients (9,7%) au tabac , 10 patients (6,5%) alcoolodépendant ,3 patients (1,9%) dépendaient aux opiacés ,2 patients (1,3%) aux stimulants ,un patient (0,6%) à la cocaïne.

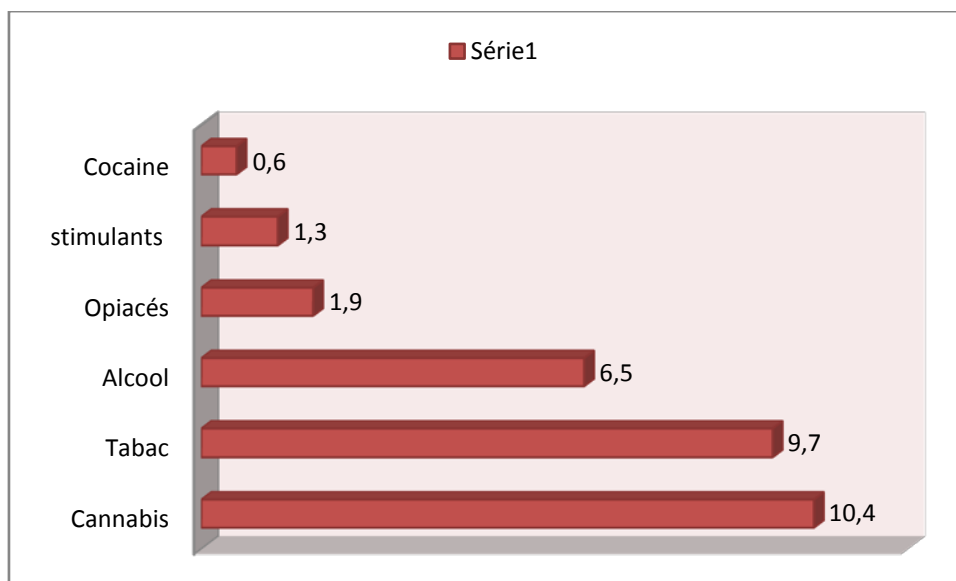


Figure 70: Répartition des patients des témoins selon les addictions.

### 11-1-11 Troubles psychotiques :

Cas :

Il y a 103 patients de notre échantillon (44,8%) qui avaient des troubles psychotiques.

35 patients (34%) avaient un syndrome psychotique actuel

103 patients (100%) le portaient la vie entière.

14 patients (13,5%) avaient des troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.

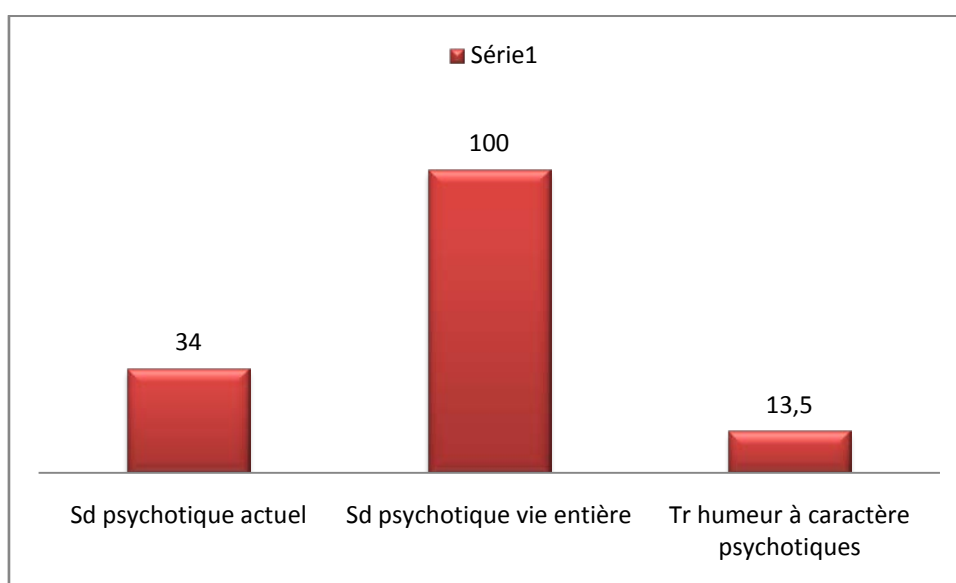


Figure 71 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté du trouble psychotique

Témoins :

On a constaté que 75 patients (48,7%) avaient des troubles psychotiques

Chez 26 patients (34,6%) le trouble était actuel

Tous les 75 patients le portaient la vie entière

11 patients (14,6%) avaient des troubles de l'humeur à caractéristiques psychotiques .

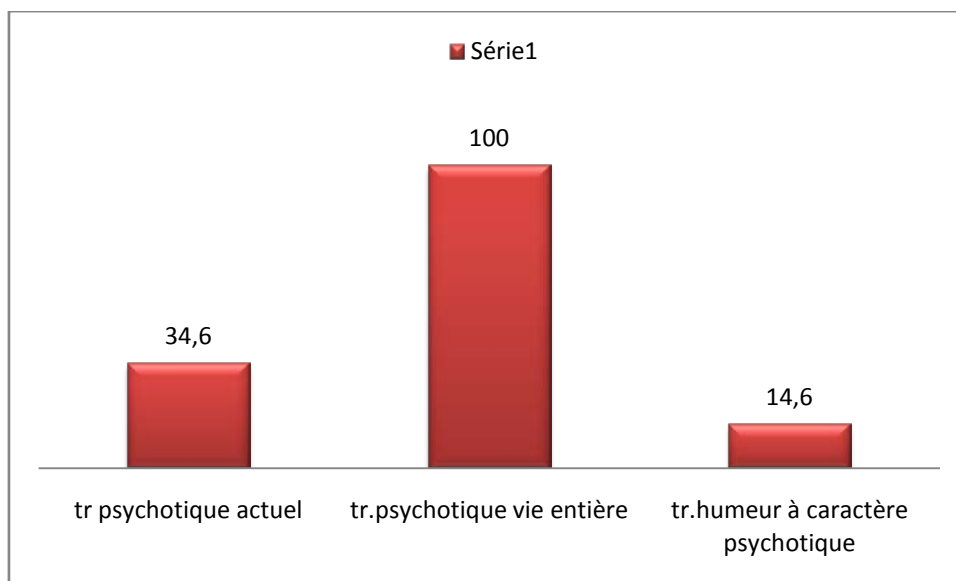


Figure 72: Répartition des patients des témoins selon l'ancienneté du trouble psychotique

### 11-1-12 Anorexie mentale :

Aucun de nos patients n'avait une anorexie mentale.

### 11-1-13 Anxiété généralisée :

Cas :

Dans notre étude ,10 patients (4,3%) avaient une anxiété généralisée

4 patients (40%) avaient un TAG récent, 6 patients (60%) l'avaient dans le passé.

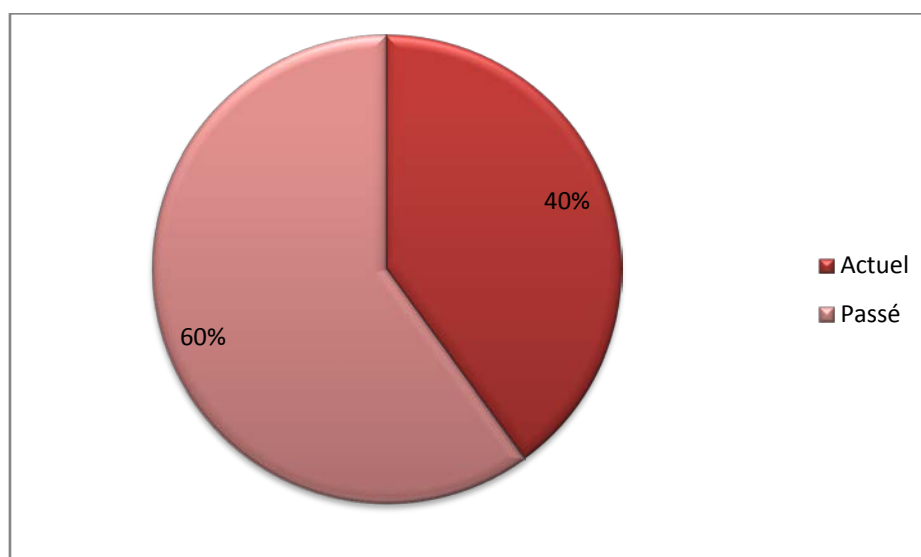


Figure 73 : Répartition des patients des cas selon l'ancienneté de l'anxiété généralisée.

Témoins :

Dans cet échantillon ,3 patients (1,9%) présentaient un TAG

Actuel chez 1 patient (33%) , ancien chez 2 patients (67%)

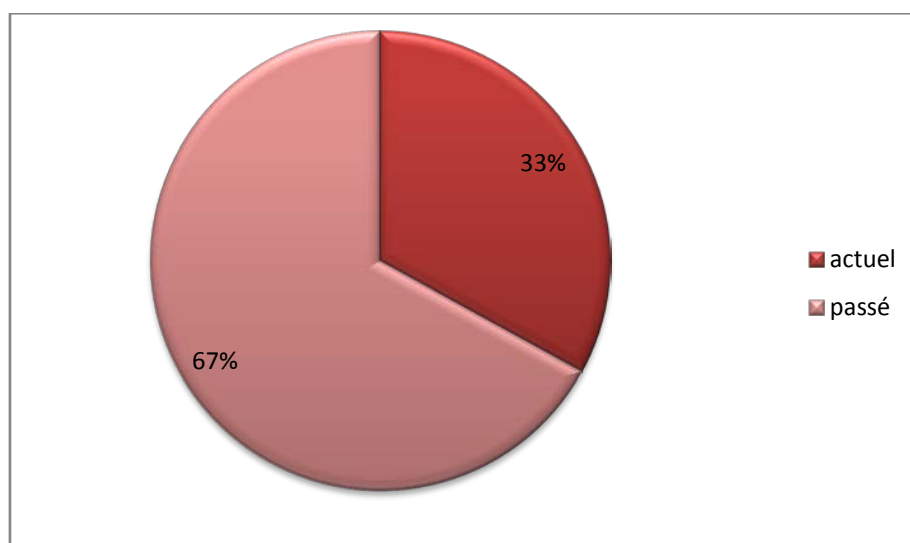


Figure 74 :Répartition des patients des Témoins selon l'ancienneté de l'anxiété généralisée.

### **11-1-14 Trouble de la personnalité antisociale :**

Cas :

Dans le groupe des cas , 2 patients (0,9%) avaient une personnalité antisociale

Témoins :

Dans ce groupe , 4 patients (2,6%) avaient une personnalité antisociale .

### **11-2 Questionnaire IRI :**

Cas :

Le score moyen de l'IRI (+/- écart type) des cas était de 81,052 +/- 9,55

Témoins :

Le score moyen de l'IRI (+/- écart type) des témoins était de 83,481 +/- 9,33

➔ Le groupe sans stagiaire était plus empathique que le groupe en présence de l'étudiant.

**B. Etude analytique :**

-On a réalisé une étude bi-variée afin de déterminer une association entre : l'empathie et la présence de l'étudiant dans la consultation .

Les diagnostics évalués par le M.I.N.I et la présence de l'étudiant dans la consultation.

**1-Comparaison de l'empathie entre le groupe des cas et le groupe des témoins**

Tableau 4 comparant l'empathie entre les deux groupes

Variable étudiée	Cas	Témoins	P
Empathie	81,052 +/- 9,55	83,481 +/- 9,33	0.014

⇒ Il existe une différence d'empathie significative entre les deux groupes

**2- Comparaison du M.I.N.I entre le groupe des cas et le groupe des témoins :**

Tableau 5 comparant les diagnostics du M.I .N.I entre les groupes

Diagnostic	Cas	Témoins	P
EDM			
Oui	117 (61,9%)	72 (38,1%)	0,42
Non	113 (57,9%)	82 (42,1%)	
Dysthymie actuelle			
Oui	9 (69,2%)	4(30,8%)	0,48
Non	221 (59,6%)	150 (40,4%)	
Risque suicidaire			
Oui	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,78
Non	225 (60%)	150 (40%)	
Episode hypomanique			
Oui	1 (100%)	0 (0%)	0,41
Non	229 (59,8%)	154 (40,2%)	
Episode manique			
Oui	13 (50%)	13 (50%)	0,28
Non	217 (60,6%)	141(39,4%)	
Trouble .panique			
Oui	15 (60%)	10 (40%)	0,99
Non	215 (59,9%)	144 (40,1%)	
.Phobie sociale			
Oui	0 (0%)	1 (100%)	0,22
Non	230(60,1%)	153 (39,9%)	
TOC			
Oui	5 ( 66,7%)	3(33,3%)	0,67
Non	224 (59,7%)	151(40,3%)	
ESPT			
Oui	6(54,5%)	5(45,5%)	0,71
Non	224(60,1%)	149(39,9%)	
Dépendance alcool			
Oui	19 (65,5%)	10 (34,5%)	0,52
Non	211(59,4%)	144 (40,6%)	
Dépendance cannabis			
Oui	28 (63,6%)	16 (36,4%)	0,59
Non	202 (59,4%)	138 '40,6%)	
Dépendance tabac			
Oui	25(62,5%)	15 (37,5%)	0,72
Non	205(59,6%)	139 (40,4%)	
Troubles psychotiques			
Oui	103 (57,9%)	75(42,1%)	0,45
Non	127(1,7%)	79(38,3%)	
TAG			
Oui	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0,20
Non	220(59,3%)	151 (40,7%)	
Personnalité antisociale			
Oui	2(33,3%)	4(66,7%)	0,18
Non	228(60,3%)	150 (39,7%)	

⇒ Il n'y a pas d'association significative entre les diagnostics évalués par le M.I.N.I et la présence de l'étudiant.

# DISCUSSION

## 1-Argumentaire de l'étude :

Tout d'abord il faut noter que ce travail est réalisé pour la première fois au Maroc, et n'est que rarement abordé sur l'échelle internationale

La formation dans les stages hospitaliers exige à l'étudiant, un contact avec les patients. La simple présence de l'étudiant pourrait gêner le patient et perturber la relation médecin-malade. La perception de la présence d'un étudiant dans une consultation varie selon les patients et fait intervenir différents facteurs.

Pour réussir le contact ,le stagiaire doit préserver l'alliance thérapeutique déjà existante

Nos résultats aideront à évaluer la relation médecin –malade en présence de l'étudiant , et l'impact de l'empathie sur cette dernière

## 2-Synthèse des résultats et comparaison aux données de

### littérature :

#### 2-1 Données sociodémographiques :

##### 2-1-1 Sexe :

Dans le groupe des cas , les femmes représentaient 50,4%, alors que dans le groupe des témoins les femmes étaient à 37,7%et les hommes représentaient 62,3% de l'échantillon .

Dans l'étude de Ciabrini N [42],le ratio hommes/ femmes a été de 62/112, soit 64.37% de femmes dans l'échantillon.

##### 2-1-2 Age :

L'âge moyen des patients était 35 ans +/-9,69 dans le groupe des cas , il était 36ans+/- 11,17 chez le groupe des témoins .

Le tranche d'âge majoritairement présente est la tranche 26–45 ans dans l'étude de CiabriniN [42]

### **2-1-3 Lieu de résidence :**

Dans notre échantillon, on note que 78,7% des patients venaient d'un milieu urbain, et 21,3% des patients étaient du milieu rural ( groupe des cas ).

69,5% des patients venaient du milieu urbain, alors que 30,5% étaient du milieu rural ( groupe des témoins ).

### **2-1-4 Scolarité :**

Dans le groupe des cas, 23% des patients n'étaient jamais scolarisés, 33% avaient le niveau primaire, 33 étaient scolarisés jusqu'au niveau secondaire et 10,4% jusqu'au niveau universitaire .

Dans le groupe des témoins, 29,2% des patients n'étaient pas scolarisés ; 27,9% avaient le niveau primaire ; 29,2% le niveau secondaire ; 13,6% étaient scolarisés jusqu'au niveau universitaire.

### **2-1-5 Profession :**

Dans la population étudiée, 59,6% n'avaient pas de profession, 16,5% travaillaient de façon irrégulière, 23,9% avaient une profession régulière. ( groupe des cas )

68,2% des patients ne travaillaient pas , 13% travaillaient irrégulièrement , 18,8% avaient un métier stable .(groupe des témoins)

### **2-1-6 Niveau socio-économique :**

Dans le groupe des cas , 70,4% avaient un niveau socio-économique <2000DH , 26,5% entre (2000–5000 DH) , 2,6% leur niveau socio-économique était entre ( 5000–10000 DH) , 0,4% > 10000DH

Dans le groupe des témoins , 79,2% leur niveau socio-économique était <2000DH , 17,5% entre ( 2000–5000DH) , 2,6% entre ( 5000–10000 DH) , 0,6% avaient un niveau socio-économique > 10000DH

## **2-2 Impact de motif de consultation sur la perception du patient :**

### **2-2-1 DiagnosticDSM V :**

Dans notre étude , 39,6% des patients avaient des troubles psychotiques , 36,5% étaient dépressifs , 5,2% avaient des addictions , 4,8% des troubles bipolaires , 4,8% des troubles de panique, 3,5% avaient des troubles d'anxiété généralisée ,2,6% des troubles obsessionnels compulsifs , 2,6% un état de stress post traumatique , 0,4% avaient déjà fait une tentative de suicide ( groupe des cas)

Dans le groupe des témoins , 48,7% des patients avaient des troubles psychotiques , 29,9% étaient dépressifs, 0,6% des patients avaient des addictions , 7,1% des troubles bipolaires , 5,8% des troubles de panique , 1,9% avaient des troubles d'anxiété généralisée , 1,9% des troubles obsessionnels compulsifs , 3,2% présentaient un état de stress post traumatique , 0,6% une phobie sociale .

### **2-2-2 Fréquence de consultations à l'hôpital Ibn Al Hassan :**

Dans notre échantillon, 1,7% des patients consultaient tous les ans, 21,7% tous les 6 mois, 48,3% avaient une fréquence de consultation de 3 mois, 28,3% fréquentaient l'hôpital dans une période de < 3mois (groupe des cas)

1,3% des patients consultaient tous les ans , 24,7% tous les 6 mois , 47,4% consultaient à l'hôpital tous les 3 mois , 26,6% dans une période de < 3 mois .( groupe des témoins) .

### **2-2-3 Nombre de consultations en présence de l'étudiant :**

Notre étude a démontré que 23,5% avaient consulté une fois en présence de l'étudiant , 32,2% des patients 2 fois , 21,7% 3 fois , 12,2% > 3 fois en la présence de l'étudiant , 8,7% > 5 fois , 1,7% > 10 fois

Selon les autres études, Reichgott M .etal [43]ont montré que les patients acceptant de manière hautement significative l'étudiant, sont ceux ayant déjà vu un étudiant dans des consultations antérieures et qu'ils en ont été satisfaits. Ce critère est cité, bien avant tous les autres, tels que le niveau d'étude ou la race du patient.Cette opinion est partagée par Morrison J [44] et Simons R [45] .

Pour Bresó F [46], le nombre de consultations (au-delà de 3 consultations (sans que les résultats soient statistiquement significatifs) fait diminuer le taux de refus du patient mais avec un sentiment d'obligation plus prononcé.

Cette constatation est illustrée par les réponses des patients des études de Rivière J [47] dans laquelle à la question « si vous êtes venu plusieurs fois depuis six mois, comment ont évolué votre perception du stagiaire et vos rapports avec lui ». Il y a eu 83 remarques positives contre 22 remarques négatives , (N=67).

#### **2-2-4 Membre de la famille médecin/ Etudiant en médecine :**

Dans le groupe des cas ,15,2% des patients avaient un membre de la famille médecin .Ils étaient 15,6% dans le groupe des témoins

Les patients ayant un membre de la famille étudiant en médecine , seront probablement plus favorable à la présence de l'étudiant et accepteront son rôle dans la consultation .

#### **2-3 Acceptation de l'étudiant par le patient :**

D'après notre étude ,on a constaté que 82,6% des patients des cas acceptaient l'étudiant , contre 85,7 % dans le groupe des témoins qui le feraient dans les prochaines consultations.

En comparaison aux autres études retrouvées dans la littérature, les pourcentages d'acceptation étaient aussi élevés.

Selon Jones S et al [47] le taux d'acceptation du stagiaire lors d'une future consultation est de 96.5%, Simons R[45] a démontré que 66% des patients acceptent la présence du stagiaire.

Dans l'étude de O'Malley P.et al [48],95% des patients acceptèrent de revoir l'étudiant lors d'une prochaine consultation.

Concernant les Facteurs favorisant l'acceptation du stagiaire :

Différentes raisons, citées par nos patients, les poussaient à accepter l'étudiant : Formation de l'étudiant évoquée en premier lieu ( 82,6% ), puis l'absence de gêne (79,6%), ensuite le respect (78,7%) , la politesse (62,2%) , l'habitude (20,4%), l'expérience antérieure satisfaisante (27%), aucun patient ne se sentait obligé d'accepter la présence du stagiaire ( groupe des cas ).

Dans le groupe des témoins , (86,4%) des patients évoquaient la formation de l'étudiant , (76%) l'absence de gêne , (72,1%) le respect , (56,5%) la politesse , (22,1%) l'information en amont de la présence du stagiaire.

Les données varient selon les études :

D'une part Bresco F [46], dans son étude , avait affirmé que 96% des patients acceptaient l'étudiant car considéraient sa présence nécessaire pour la formation .

D'autre part Ryan J .et al[49] ont conclu dans leurs travaux , à ce que le stagiaire était extrêmement bien accepté , ceci d'autant plus si les patients étaient informés en amont. L'étude a constaté que, l'expérience antérieure satisfaisante favorisait l'acceptation également. Bresco F [46],avait aussi affirmé que 17,8% se sentaient obligés d'accepter le stagiaire dans la consultation.

## 2-4 Refus de l'étudiant par le patient :

Dans notre étude , une minorité des patients refusaient la présence de l'étudiant dans la consultation, constituant 17% dans le groupe des cas ,14% dans le groupe des témoins.

Dans l'étude de Ryan J.et al [49],il a révélé que 5,93% des patients refusaient la présence de l'étudiant dans la consultation ,selon Jones S et al [47] il y a eu (3 ,5%) de refus .

Concernant les motifs de consultation amenant le patient à refuser la présence du stagiaire :

Plusieurs raisons étaient évoquées par nos patients :

Tableau 6 représentant les raisons de refus du stagiaire dans notre étude .

motifs de refus	Cas	Témoins
Médecin seul	17,40%	16,2%
Relation duelle	14 ,80%	10,4%
Crainte d'être jugé	11,3%	11,7%
Patient cobaye	9,6%	8,4%
Manque d'information	4,6%	14,3%
<b>Problèmes médicaux</b>		
Troubles sexuels	6 ,5%	1,3%
T.S	3,5%	0,6%
Addiction	1,3%	1 ,9%
Grossesse non désirée	0,4%	0%
<b>Problèmes socio-économiques</b>		
Couple	3%	4,5%
Problèmes financiers	1 ,3%	1,9%
Souci professionnel	0,4%	0%

Selon Ryan J [49], les raisons de refus invoquées étaient :la préférence d'une relation duelle et le motif de consultation considéré trop privé.

Dans l'étude de O'Flynn N .et al [40], le taux d'acceptation variait selon la pathologie concernée , le stagiaire était beaucoup moins accepté quand il s'agissait des problèmes sexuels. Pour Bresó F[46],le refus du stagiaire est surtout sensible pour les motifs d'ordre gynécologique, urologique ou psychologique (88% de refus).

Les motifs de refus avoués avant la consultation soulevés dans l'étude de Morrison J[44], sont :

- Le motif de la consultation privé.
- Le problème personnel.
- Le risque d'un examen intime.
- La préférence pour les femmes docteurs.
- La sensation d'inconfort en présence du stagiaire.
- -La préférence d'une consultation avec le médecin seul.

Dans son étude, Wright H [50] montre que les motifs de consultation n'occasionnant pas particulièrement une gêne sont la maladie courante, le tabac, l'alcool.

Cependant, il y a des sujets que les patients ne préféreront pas aborder en présence du stagiaire :

- Les problèmes sexuels chez( 40%) des patients,
- Les problèmes personnels ou familiaux chez (39%) des patients,
- Les problèmes financiers pour (22%) des patients
- Les soucis professionnels chez (18%) d'entre eux.

Il faut rappeler qu'il ne s'agit pas ici d'une étude cherchant à évaluer les motifs de consultation faisant refuser la présence du stagiaire par le patient, mais d'une étude visant à cerner les motifs de consultation qui empêcheront le patient de se confier à son praticien.

## **2-5 Facteurs liés à l'étudiant :**

D'après notre étude ,on a noté que 64,8 % des patients des cas préféraient l'étudiant (actif–expressif–impliqué dans la consultation). Dans le groupe des témoins ; 65,6% étaient favorable à une présence actif .

En comparant nos résultats à ceux retrouvés dans d'autres études, notamment celle de Yekhlef F [51], de Jones S .et al[47], on a conclu à ce que les patients sont favorables à une présence active du stagiaire dans leur prise en charge médicale plutôt qu'à une présence passive et spectatrice.

## **2-6 Impact de l'étudiant sur la relation thérapeutique :**

### **2-6-1 Perturbation de la relation médecin - malade par la présence de l'étudiant :**

Dans notre étude, on a trouvé que 17% des patients des cas étaient gênés par la présence de l'étudiant. Dans le groupe des témoins ; 20,8% des patients rapportaient qu'ils seraient gênés par cette présence .

Selon O'Flynn N .et al[40],Simons R [45]et Da Rocha J[41], leurs études relèvent que 44,4%,24% et 9,8%des patients respectivement semblent gênés par la présence du stagiaire

### **2-6-2 Sentiments / perceptions du patient :**

#### **a. Impression du patient au sujet de la consultation :**

Notre étude a rapporté que 66,5% des patients ont trouvé que la consultation était sans modification , 18,7% pensaient qu'elle était plus agréable , 14,8% des patients ont trouvé la consultation plus pénible.

Cooke F .et al[52]proposent des résultats concernant l'impression du patient au sujet de la consultation : 82% des patients pensent que la qualité de la

consultation est (ou serait) inchangée et 17% sont d'avis que la consultation a été meilleure .

Jones S et al [47] ont constaté que 86,1% des patients ont trouvé la consultation sans modification en présence de l'étudiant, alors que 4,1 % des patients ont trouvé la consultation plus agréable et 9,8% des patients ont trouvé la consultation plus pénible.

Dans l'étude de Bresco F [46], aucun patient ne parle d'influence néfaste de la présence du stagiaire sur la consultation, alors que 16% ont ressenti un effet bénéfique et 62% n'ont ressenti aucun effet.

#### **b. Impression du patient au sujet du médecin :**

Dans notre échantillon, 89,6% des patients pensaient que le médecin était neutre, il était plus attentionné selon 8,3% et 2,2% des patients trouvaient le médecin moins attentionné (groupe des cas).

Dans le groupe témoin, 87% des patients pensaient que le médecin serait neutre , 8,4% rapportait qu'il serait plus attentionné , selon 4,5% il serait moins attentionné

Selon Simons R [45], 28% des patients pensent que le praticien est plus attentionné en absence de l'étudiant. D'après l'étude de Chiarini S [53], 86% des patients ne constatent pas le changement de l'attitude du médecin en présence de l'étudiant .

Bresco F [46] a révélé que 82% des patients n'ont pas remarqué de modification du comportement de leur médecin généraliste contre 2% qui relatent un bouleversement total sans conséquence « particulière ».

#### **c. Perceptions de la qualité des soins par les patients :**

Dans notre échantillon , on a constaté que 39,1% des patients du groupe des cas considèrent que les soins sont meilleurs en présence de l'étudiant.

Dans le groupe des témoins ; 40,9% penseraient être mieux soignés dans une consultation en présence du stagiaire.

Selon les résultats rapportés par Essayagh E [54] dans son étude ,il y a 6,3% des patients qui pensent être mieux soignés en présence de l'étudiant.

d. Impact sur l'empathie :

L'IRI dans le groupe des cas est 81,052 +/- 9.55 , dans le groupe des témoins il est à 83,481 +/- 9.33 avec  $p= 0.014$

On note une différence significative. L'empathie diffère dans les 2 groupes, elle est plus élevée dans le groupe des témoins.

Selon ces résultats, on pourrait conclure à ce que l'empathie n'est pas liée à la présence de l'étudiant dans la consultation, qu'il y a probablement d'autres facteurs qui sont impliqués.

## **2-7 Impact de l'étudiant sur la confidentialité :**

### **2-7-1 Informations personnelles en présence de l'étudiant :**

Selon notre étude, 82,6% des patients acceptaient de donner des informations personnelles, 17,4% refusaient (groupe des cas).

82,5% des patients acceptaient de donner les informations personnelles, tandis que 17,5% refusaient ( groupe des témoins) .

D'après Essayagh E [54] ,5.6% des patients ne pourront pas s'exprimer en toute liberté par la présence de l'étudiant. Par conséquent, lorsqu'il s'agira d'aborder des problèmes intimes ou psychologiques, il faudrait mieux ne pas imposer la présence de l'étudiant.

D'après l'étude de Yekhle F [51] ,7.4% des patients n'ont pas abordé tous les problèmes avec leur médecin traitant. On retrouve une majorité de femmes gênées

d'évoquer les problèmes personnels, de couple et recherche la confidentialité. L'étude a révélé que 91.9% n'ont pas été gênés par la présence du stagiaire.

### **2-7-2 Accès au dossier médical par l'étudiant :**

Dans le groupe des cas , 78,7% des patients autorisaient l'accès au dossier médical par l'étudiant , 8,3% refusaient , 13% étaient sans opinion.

Dans le groupe des témoins , 81,8% des patients serait d'accord à l'accès au dossier médical par l'étudiant , 7,8% refuseraient , 10,4% seraient indifférent.

L'étude de Yekhle F [51] est la seule explorant l'accès au dossier médical par le stagiaire :

Tableau 7 : Les résultats d'étude

	<b>Accord</b>	<b>Sans opinion</b>	<b>Désaccord</b>
Cs. avec stagiaire	80,9%	9,6%	9,6%
Cs. sans stagiaire	70,3%	19,5%	10,2%
Total	76%	14,2%	9,8%

### **2-7-3 Confiance envers le médecin vu son statut formateur :**

Notre étude a montré que 58,3% des patients avaient confiance envers leur médecin vu son statut formateur, 40,4% étaient indifférent et 1,3% n'avaient pas confiance en leur médecin. (groupe des cas)

61% des patients avaient confiance envers leur médecin , 38,3% étaient indifférent , 0,6% n'avaient pas confiance ( groupe des témoins)

Dans l'étude de Rivière J [55] ,62% des patients n'avaient pas confiance en leur médecin contre 36% de personnes ayant plus confiance

Ciabrini N [42] a rapporté qu'en présence du stagiaire, la confiance augmente en le médecin vu son statut formateur , ceci est pour 33% des patients.

### **2 - 7 - 4 Etudiant menant l'entretien psychiatrique :**

Dans notre échantillon , 80% des patients acceptaient que l'entretien psychiatrique soit mené par l'étudiant , 20% refusaient . ( groupe des cas ) .

79,9% des patients accepteraient que l'étudiant mène l'entretien psychiatrique dans les prochaines consultations , 20,1% refuseraient .

Globalement, nos patients sont favorables à l'intégration de l'étudiant et accepteront très bien que la consultation soit dirigée par le stagiaire .

## **2-8 Degré de satisfaction du patient en présence de l'étudiant :**

### **2-8-1 La satisfaction /mécontentement :**

D'après les résultats, 93% des patients étaient satisfaits de la consultation en présence du stagiaire ,7% seulement étaient non satisfaits.

Selon Simons R [45] , 46,5% des patients étaient satisfaits de cette expérience. L'étude de Morrison J[44] a soulevé qu'après la consultation en présence de l'étudiant ,12.2% des patients ont trouvé l'expérience positive, car elle leur a permis de mieux s'exprimer. Par contre,4.4% sont mécontents, ils n'ont pu faire part à leur médecin de l'ensemble de leurs problèmes.

### **2-8-2 Raison mécontentement :**

Notre étude a montré que 93,9% des patients pensaient que le médecin était neutre, ,0,4% affirmaient qu'il s'est plus occupé du stagiaire que d'eux. Dans l'étude d' O'Flynn N. et al [40] , 5.4% des patients avaient affirmé que le médecin s'est plus occupé du stagiaire que d'eux , pour 90.6% le médecin était neutre.

D'après notre étude, 92,2% des patients n'étaient pas gênés par le langage médical parlé entre médecin et étudiant, contre7,8% des patients qui étaient gênés

11,3% des patients se sentaient comme patients cobayes ,et 16,5% des patients étaient gênés et avaient quitté la consultation avant de tout dire

D'après Ciabrinini [42] 5.3% des patients ressentent une gêne pouvant les obliger à quitter la consultation sans avoir parlé de tous leurs soucis de santé à leur médecin traitant. Alors que selon les études de Morrison J [44] et O'Flynn N .et al [40], 4.4% à 8.4% des patients qui n'ont pas dit tout.

## **2-9 Avantages / inconvénients :**

### **2-9-1 Apport de l'étudiant :**

Notre étude a affirmé que 61,3% des patients pensaient que la consultation était profitable pour l'étudiant seulement, alors que 37,8% rapportaient qu'elle était profitable pour le patient et l'étudiant, 0,9% pour le patient.(groupe des cas )

Dans le groupe témoin, 59,7% des patients affirmaient que la consultation serait profitable pour l'étudiant , 40,3% pensaient qu'elle serait profitable pour le patient et l'étudiant .

Dans l'étude d'Essayagh E [54] ,la consultation est vécue comme étant plus bénéfique pour le stagiaire et le praticien que pour le patient lui-même. Le malade ne se trouve pas mieux soigné en présence du stagiaire et c'est près de 1 patient sur 4 qui déclare n'y trouver aucun bénéfice.

Cependant, les personnes interrogées pensent que la consultation est bénéfique pour leur médecin dans 66% des cas, car cela permet une remise en question et de briser la « routine » renforçant ainsi la relation médecin-malade.

### **2-9-2 Informations supplémentaires par l'étudiant :**

Dans notre échantillon, 34% des patients dans le groupe des cas étaient plus informés sur leurs problèmes de santé. Dans le groupe des témoins, 17,5% avaient plus d'informations en présence du stagiaire.

Dans l'étude de O'Malley P. et al [48] ,Il a été constaté de manière significative que les consultations avec un étudiant ou un interne étaient plus appréciées. Les

patients ont bénéficié à leur avis d'un meilleur examen clinique ou de plus d'explications.

Selon l'étude de Bentham J.et al [56] ,35% ont considéré qu'il y avait des avantages de la consultation en présence de l'étudiant :deuxième avis, moins de trac, plus d'explications, plus de temps, motif de la consultation plus exploré.

### **2-9-3 Patient formateur :**

Dans notre échantillon , 88,3% des patients étaient satisfaits de participer à la formation de l'étudiant , 11,7% ne l'étaient pas ( groupe des cas ).

Dans le groupe témoin, 85,7% des patients souhaiteraient y participer, 14,3% ne le souhaiteraient pas .

Dans la revue de littérature, 78% des patients sont heureux de participer à l'amélioration de la formation des futurs généralistes (Ciabrini.N) [42]

Selon les résultats de notre étude,65% des patients n'avaient pas profité de l'enseignement de l'étudiant , 34,8% avaient profité(groupe des cas )

57,1%des patients pensaient ne pas profiter de l'enseignement de l'étudiant dans les prochaines consultations , 42,9% y profiteraient (groupe des témoins).

La majorité des patients n'avaient pas profité de l'enseignement de l'étudiant , contrairement aux patients des témoins qui pensaient pouvoir profiter.

## **3-Points forts et limites de l'étude :**

### **3-1Points forts**

Notre étude cas – témoins est la première du genre au Maroc. Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, explorant les spécificités de la consultation en présence d'un étudiant en Médecine. Les données de l'étude ont un volet pédagogique et thérapeutique,

permettant d'améliorer la formation des étudiants sans avoir un impact sur la relation thérapeutique.

Nous avons pu enquêter un effectif qui s'élève à 384 patients , des deux sexes et de différents âges porteurs de différentes pathologies psychiatriques , ce chiffre est nettement supérieur aux autres études internationales qui se sont intéressées à cette thématique.

On a également introduit des échelles psychométriques , notamment le test M.I.N.I et l'IRI , enrichissant notre étude .

### **3-2 Limites :**

Dans notre étude, on était confronté à des difficultés :

- L'utilisation des échelles psychométriques non validées en arabe dialectal marocain
- Les données de la littératures qui sont très peu nombreuses, rendant la comparaison de notre étude avec des travaux similaires limitée
- les personnes interrogées pouvaient évoquer, de par le sujet de l'entretien médical, des épisodes difficiles de leur vie, des pathologies lourdes qui rendaient le déroulement de l'entretien plus compliqué.
- il y avait certainement un décalage entre la réalité de l'attitude du patient , et la façon de les retranscrire verbalement. Il était évident que toutes les personnes interrogées n'avaient pas la même facilité pour exprimer leur perception.

## **4– Perspectives de l'étude :**

Notre étude est la première étape de l'exploration des particularités de la consultation en présence de l'étudiant. Dans l'objectif d'enrichir l'étude de cette consultation, nous envisagerons une étude élargie auprès de différents services hospitaliers, afin de pouvoir comparer la perception des patients psychiatriques envers la présence de l'étudiant dans la consultation et celle ayant d'autres pathologies.

Une enquête auprès des étudiants en médecine serait souhaitable, cela nous permettra de mieux évaluer leur attitude envers les malades, et ainsi pouvoir améliorer la qualité de la relation établie entre le malade, son médecin et l'étudiant.

## **5–Recommandations :**

Nous constatons que les résultats retrouvés dans notre étude sont similaires à ceux observés dans la littérature internationale.

La présence de l'étudiant est considérée par les patients comme une bonne expérience présentant un objectif pédagogique reconnu.

En vue d'assurer une formation pédagogique de l'étudiant en stage sans impacter la relation thérapeutique, nous proposons :

- L'information du patient au préalable de la présence du stagiaire
- Laisser le libre choix au patient d'accepter ou refuser la présence de l'étudiant.

L'explication au patient du rôle de l'étudiant et de l'intérêt de sa présence en consultation

- Une formation facilitant l'intégration de l'étudiant dans le stage hospitalier, et son attitude en présence du patient
- L'utilisation d'un langage médical assez compris par le malade.

# CONCLUSION

Nous constatons que les résultats retrouvés dans notre étude sont similaires à ceux observés dans la littérature internationale. Nous confirmons ainsi notre impression subjective à savoir que la présence du stagiaire entraîne peu, et en tout cas moins que l'on pourrait le penser, de modification de la relation médecin-malade.

Le stage chez le praticien selon nos patients a un objectif pédagogique reconnu.

Un autre consensus se fait jour au sein de cette opinion globalement favorable : le motif de consultation constitue un facteur de pondération constant. Dès que ce dernier touche à la vie intime, il existe une réticence à la présence du stagiaire.

Nous pouvons donc conclure que dans la majorité des cas la relation médecin-malade est modifiée plus qu'elle n'est vraiment altérée pour une grande majorité de patient.

Nous pensons qu'il existera toujours des patients qui considéreront la présence du stagiaire comme susceptible d'induire une rupture de la relation médecin-malade. Et ceci quelle que soit l'attitude du stagiaire.

Compte-tenu de la législation qui fait obligation d'un stage en médecine générale pour le futur praticien, il paraît donc important de prendre en compte cette considération afin de conjuguer relation thérapeutique, formation et respect du malade.

Mais bien au-delà de ces résultats, cette étude nous a permis de mettre en évidence la complexité de la relation médecin-malade.

# RESUME

## RESUME

### Introduction

La relation médecin–malade, un « colloque singulier », une rencontre de deux personnes, un médecin « détenteur d'un savoir » et un patient « détenteur d'un problème ». Une rencontre asymétrique et inégale où chacun tient un rôle précis. En médecine générale, souvent le malade est à l'origine de la relation, dans la mesure où il choisit le médecin et initie la relation. La relation de confiance est devenue une nécessité pour le patient et autorise le dialogue. « L'offre symptomatique » du patient peut cacher une demande latente exprimant de véritables désirs.

En effet, la formation des étudiants en médecine dans les services hospitaliers universitaires au Maroc commence à partir de leur 3<sup>ème</sup> année universitaire. Ainsi, d'une relation duelle, le patient se trouve confronté à une relation à trois lorsqu'il se présente en consultation.

### Objectifs

- Décrire et évaluer l'impact de l'étudiant dans la relation médecin–malade
- Mettre en évidence les facteurs pouvant influencer la relation entre le médecin, le malade et l'étudiant afin de l'améliorer.

### Méthode

C'est une étude transversale analytique auprès des patients ayant exprimé volontairement l'envie de participer à l'étude.

Les participants vont remplir des questionnaires comportant les données personnelles et sociodémographiques. Différents thèmes vont être abordés à travers ces questionnaires : La satisfaction et les attentes du patient lors de la consultation,

les motifs et les facteurs influençant l'acceptation ou le refus de l'étudiant, le rôle de l'étudiant dans la consultation ainsi que les avantages de sa présence. Nous exposerons et évaluerons le processus d'apprentissage de l'étudiant qui se produit lors de sa rencontre avec le patient. Nous utiliserons aussi l'échelle d'évaluation de l'empathie d'IRI et l'échelle MINI permettant l'orientation diagnostique.

#### Résultats :

384 patients répondaient aux critères d'inclusion .L'âge moyen de nos patients était de 35 ans +/-9,69 chez le groupe des cas , 36 ans +/- 11,17 chez le groupe des témoins , la plupart provenait d'un milieu urbain 78,7% ( le groupe des cas ) , 69 ,5% ( le groupe des témoins )

Nos patients avaient un niveau socio-économique bas pour la majorité , 70,4% ( dans le groupe des cas ) ,79,2% (dans le groupe des témoins) .

15,2% (groupe des cas ) avaient un membre de la famille médecin /étudiant en médecine , 15,6% (groupe des témoins )

L'étudiant était bien accepté par les patients , 82,6% (groupe des cas ) , 85,7% (le groupe des témoins) .

Une minorité présentait une gêne quand il s'agissait d'aborder des problèmes intimes (16,5%) et quitter la consultation avant de tout dire ,93% des patients étaient satisfaits de la consultation , d'autant plus qu'ils préféraient l'étudiant actif et impliqué

Nous avons constaté une différence significative d'empathie entre les deux groupes .

Il semble que la présence de l'étudiant est très bien acceptée,les patients sont clairement favorables à la présence du stagiaire avec une préservation de la relation thérapeutique.

## SUMMARY

### Introduction

The doctor–patient relationship, a "singular conference", a meeting of two people, a "knowledge–holder" doctor and a "problem–holding" patient. An asymmetrical and unequal encounter where each holds a precise role. In general medicine, often the patient is at the origin of the relationship, insofar as he chooses the doctor and initiates the relationship. The relationship of trust has become a necessity for the patient and allows dialogue. The patient's "symptomatic offer" may hide a latent demand expressing real desires.

Indeed, the training of medical students in university hospital services in Morocco starts from their third year of university. Thus, from a dual relationship, the patient is confronted with a three–way relationship when presenting for consultation.

### objectives

–Describe and evaluate the impact of the student in the doctor–patient relationship

–To highlight the factors that can influence the relationship between the doctor, the patient and the student in order to improve it.

### Method

It is an analytical cross–sectional study of patients who have voluntarily expressed the desire to participate in the study. Participants will complete questionnaires containing personal and socio–demographic data. Different topics will be addressed through these questionnaires: The satisfaction and expectations of

the patient during the consultation, the reasons and factors influencing the acceptance or refusal of the student, the role of the student in the consultation as well as the benefits of his presence. We will expose and evaluate the student's learning process that occurs when meeting with the patient. We will also use the IRI Empathy Assessment Scale and the MINI Scale for Diagnostic Guidance.

Results: 384 patients met the inclusion criteria. The mean age of our patients was 35 years  $\pm$  9.69 in the case group, 36 years  $\pm$  11.17 in the control group, most came from urban 78.7% (case group), 69.5% (the control group) Our patients had a low socio economic level for the majority, 70.4% (in the case group), 79.2% (in the control group). 15.2% (case group) had a family member physician / medical student, 15.6% (group of witnesses) The student was well accepted by the patients, 82.6% (case group), 85.7% (the control group).

A minority was embarrassed when it came to addressing intimate problems (16.5%) and leaving the consultation before saying anything, 93% of patients were satisfied with the consultation, especially since they preferred active and involved student We found a significant difference in empathy between the two groups. It seems that the presence of the student is very well accepted, patients are clearly in favor of the presence of the trainee with a preservation of the therapeutic relationship.

## ملخص

### المقدمة

العلاقة بين الطبيب والمريض ، "مؤتمر فردي" ، واجتماع لشخصين ، طبيب "صاحب المعرفة" ومريض "يعاني من المشكلات". لقاء غير متكافئ حيث لكل منهما دور محدد. في الطب العام ، غالبًا ما يكون المريض هو أصل العلاقة ، طالما أنه يختار الطبيب ويبدأ العلاقة. أصبحت علاقة الثقة ضرورة للمريض وتسمح بالحوار . قد يخفي "عرض الأعراض" للمريض طلبًا كاملاً يعبر عن رغبات حقيقية. في الواقع ، يبدأ تدريب طلاب الطب في خدمات المستشفيات الجامعية في المغرب من عامهم الثالث في الجامعة. وبالتالي ، من علاقة مزدوجة ، يواجه المريض علاقة ثلاثية الاتجاه الأهداف

- وصف وتقييم تأثير الطالب في العلاقة بين الطبيب والمريض

- تسليط الضوء على العوامل التي يمكن أن تؤثر على العلاقة بين الطبيب

والمريض والطالب من أجل تحسينه ا

### طريقة

إنها دراسة تحليلية مستعرضة للمرضى الذين أعربوا طوعاً عن الرغبة في المشاركة في الدراسة . سيقوم المشاركون باستكمال استبيانات تحتوي على البيانات الشخصية والديموغرافية والاجتماعية. سيتم تناول موضوعات مختلفة من خلال هذه الاستبيانات: رضا المريض وتوقعاته أثناء الاستشارة ، والأسباب والعوامل التي تؤثر على قبول الطالب أو رفضه ، ودور الطالب في الاستشارة ، وكذلك فوائد وجوده. سنقوم بكشف وتقييم عملية تعلم الطالب التي تحدث عند لقائه مع المريض . سنستخدم أيضاً مقياس تقييم التعاطف في IRI ومقياس INIM للإرشاد التشخيصي.

النتائج: 384 مريضاً التقى معايير الاشتمال. كان متوسط العمر لمرضانا 35

سنة + / - 9.69 في (مجموعة الحالة) ، 36 سنة + / - 11.17 في (المجموعة الضابطة) ،

وجاء معظمهم من 78.7% في المناطق الحضرية (مجموعة الحالة) 69.5% (مجموعة

المراقبة) مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض بالنسبة للغالبية ، 70% (في مجموعة

الحالات) ، 79.2% (في المجموعة الضابطة). 15.2% (مجموعة الحالات) لديها طبيب / طالب طب من أفراد الأسرة ، 15.6% (مجموعة من الشهود). كان الطالب مقبولاً جيداً من قبل المرضى ، 82.6% (مجموعة حالات) ، 85.7% (مجموعة المراقبة). تشعر أقلية بالحرج عندما يتعلق الأمر بمعالجة المشاكل الحميمة (16.5%) وترك الاستشارات قبل قول أي شيء ، 93% من المرضى كانوا راضين عن الاستشارة ، خاصة وأنهم فضلوا الطلاب النشطين والمشاركين وجدنا اختلافاً في التعاطف بين مجموعتين . يبدو أن وجود الطالب مقبول جيداً ، والمرضى يفضلون بشكل واضح حضور المتدرب مع الحفاظ على العلاقة العلاجية .

# **BIBLIOGRAPHIE**

- 1–Balint M, Valabrega J–P. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1996.
- 2–Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin–patient. Sciences sociales et santé;25(2):67–72 ; Juin 2007
- 3–Baum M. La relation médecin–patient : entre proximité et distance. Louvain médical.117(5):203–9 ;1998.
- 4–ADAM P,HERZLICH C .Sociologie de la maladie et de la médecine .Paris : Armand Collin ; 2007
- 5– Parsons, T. (). The Social System. Glencoe, IL: The Free Press. 1951
- 6–HAS, Patient et professionnels de santé :décider ensemble – Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » ; , 2013  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1671518/fr/decision-medicale-partagee-etat-des-lieux](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671518/fr/decision-medicale-partagee-etat-des-lieux)
- 7–LLORCA G . L'accord mutuel librement consenti dans la décision médicale .Médecine ,330–3 : Septembre 2006
- 8–SFMG. Client, patient , partenaire : trois modes de relation médecin /malade ; concepts en médecine générale , tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline .Fiche n°16.2013
- 9–EMANUEL EJ , EMANUEL LL. Four models of the physician–patient relationship.JAMA ;267 (16) : 2221–6 ;1992
- 10–QUILL TE ,BRODY H .PhysicianRecommendations and Patient Autonomy :Finding a Balance betweenPhysician Power and Patient Choice .Annals of InternalMedicine .; 125 (9) : 763–769 (1996 )
- 11–Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Coison, D. B., Coyon, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L.,&Newsom, G. Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamicpsychotherapyresearch. Journal of Consulting and ClinicalPsychology, 54, 32–38. (1986).

- 12–Bachelor, A., Guérin, M. C., Théorêt, M., Poitras, J., & Tremblay, J. L'alliance thérapeutique: Le point de vue des clients. *Psychothérapies*, 3, 171–178. (1993).
- 13– Zetzel, E. R. Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369–375. (1956).
- 14– Foreman, S. A., &Marmar, C. R. Therapist actions thataddressinitiallypoortherapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922– 926. (1985).
- 15– Eaton, T. T., Abeles, N., &Gutfreund, M. J. Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatmentlength and pretreatmentsymptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536–542. (1988).
- 16–Satterfield, W. A., &Lyddon, W. J. Client attachment and perceptions of the working alliance withcounselortrainees. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 187–189. (1995).
- 17– Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16–21. (1990).
- 18– Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., &Coble, H. M. Attachment patterns in the psychotherapyrelationship: Development of the Client Attachment to TherapistScale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307–317. (1995).
- 19– Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. Toward differentiating client attachment from working alliance and transference: Reply to Robbins (1995). *Journal of Counseling Psychology*, 42, 320–322. (1995).
- 20– Grencavage, L. M., &Norcross, J. C. Where are the commonalitiesamong the therapeuticcommonfactors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 372–378. (1990).

- 21– AL-Darmaki, F., & Kivlighan, D. M. Congruence in client–counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379–384. (1993).
- 22– Mallinckrodt, B. Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 401–409 ; (1991).
- 23– Mallinckrodt, B., Coble, H. M., & Gantt, D. L. Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79–84 ; (1995).
- 24– Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1–10 ; (1979).
- 25– Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233 ; (1989).
- 26– Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793–800 ; (1994).
- 27– Kivlighan, D. M., & Schmitz, P. J. Counsel or technical activity in cases with improving working alliances and continuing–poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 32–38. (1992).
- 28– Dolan, R. T., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. *Psychotherapy*, 30, 408–412. (1993).
- 29– McCullough, L., Farber, B. A., Winston, A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., Laikin, M., & Trujillo, M. The relationship of patient–therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525–533. (1991).

- 30– Kivlighan, D. M., &Shaughnessy, P. Analysis of the development of the working alliance usinghierarchicallinearmodeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338–349. (1995).
- 31– Kivlighan, D. M. Relation between counselors' use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 27–32. (1990).
- 32– Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183–194. (1989).
- 33– Lipps T. *Zur einföhlung*. W. Engelmann; 1912.
- 34– Hogan R. Development of an empathyscale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;33(3):307–16. 1969
- 35– Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy1. *Journal of Personality*. déc;40(4):525–43. 1972
- 36– Decety J. L'empathie et la mentalisation à la lumière des neurosciences sociales. *Neuropsychiatrie: Tendances et Débats*. 2004;(23).
- 37– Jean Decety : L'empathie, une spécificité humaine ? *Le Monde.fr* [Internet]. [cité 2012 mai 6];
- 38– Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? : Revue de la littérature et propositions 89 d'outils pédagogiques [Thèse d'exercice]. [[S.l.]: [s.n.]; 2011.
- 39– Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J GenIntern Med*. mai;21(5):524–30 ; 2006
- 40– O'FLYNN Norma., SPENCER John., JONES Roger. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ*; 315, p.1142. 1997

- 41– DA ROCHA, J.M. Stage chez le médecin généraliste et vécu du patient : A propos d'une enquête auprès de 75 maîtres de stage de la région Bourgogne et de leur clientèle. 119. Th. : Méd. : DIJON : n° 95DIJOM026. 1995
- 42– CIABRINI N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? [Thèse de médecine ] Université Paris VI – Pierre et Marie Curie : 2002
- 43–REICHGOTT Michael J., D. Ph., SANDFORD SCHWARTZ J. Acceptance by private patients of residentinvolvement in theiroutpatient care. Journal of Medical Education, 1983, 58, p. 703–709.
- 44–MORRISON Jillian M., MURRAY T.S. PreliminaryStudyinto the Opinions of Patients about the Presence of MedicalStudents in the General Practice Consultation. Heath Bulletin,; 53, 6, p.343–344. 1995
- 45–SIMONS R. J., IMBODEN E., MARTEL J. K. Patient attitudes towardMedicalStudent Participation in a General InternalMedicineClinic. J Genintern Med, 10, p. 251–254. 1995
- 46–BRESO, F. Le nouveau stage chez le praticien généraliste à partir d'une enquête auprès de 192 patients, de leur médecins, et du résident stagiaire. 128. Th. : Méd. : Grenoble :n°5102. 1998
- 47–JONES S., OSWALD N. Medicalstudents in general practice. British Journal of General Practice, 44, 381, p. 184–185 ;1994
- 48–O'MALLEY Patrick G., OMORI Deborah M., LANDRY Francis J., et al. Prospective Study to Assess the Effect of AmbulatoryTeaching on Patient Satisfaction. AcademicMedicine, 72, 11, p. 1015–1017. 1997
- 49–RYAN J.G.P. Acceptance by patients of the student in general practice. AustralianFamilyPhysician, 5, 7, p. 3–6. 1976

- 50–WRIGHT H.J. Patients' attitudes to MedicalStudents in General Practice. British Medical Journal, ,1, p.372–376. 1974
- 51–YEKHLEF, F. Le stage de six mois en médecine générale. Le point de vue des patients. 181.Th. : Méd. : Bordeaux 2 : n° 59. 1999
- 52–COOKE Fiona., GALASKO Gavin., RAMRAKHA Vandana., et al. Medicalstudents in general practice: How do patients feel? British Journal of General Practice, 46, p.361–362. 1996
- 53–CHIARINI, S. Le stage de six mois chez le praticien. Premiers bilans. Enquête réalisée auprès des maîtres de stage et des Résidents de Lorraine. 147. Th. : Méd. : Nancy I : ; n°58. 1999
- 54–ESSAYAGH, E. Le stage chez le praticien : enquête auprès de la population. 89.Th. : Méd. : Dijon : n°1. 2000
- 55–RIVIERE, J.P. Evaluation des sentiments des patients envers le stagiaire chez le praticien. 46.Th. : Méd. : Paris 7 Bichat : n°44 ;1998
- 56–BENTHAM J., BURKE J., CLARK J., et al. Studentsconducting consultations in general practice and the acceptability to patients. Medical Education, 33, p. 686– 687. 1999

# ANNEXES

## Fiche d'exploitation ( patients)

Sexe : M  F

Age : .....ans

Lieu de résidence : Urbain  Rural

Niveau scolaire : Jamais scolarisé  Primaire  Secondaire   
Universitaire

Couverture sociale : Assurance privée  CNOPS  RAMEC  Payant  Autre :  
.....

Situation maritale : Marié  Divorcé  Célibataire  veuf  Séparés

Activité professionnelle :

➤ Régulière  Irrégulière  Absente

Niveau socioéconomique :

➤ Revenu personnel mensuel :  
< 2000 dh  2000-5000dh  5000-10.000dh  >10.000dh

Dg DSM V :.....

Début des troubles .....

Consultations antérieures : secteur privé / public

Fréquence de la consultation à l'hôpital :

Inf 3mois  3M  6M  1an  >1 an

Nombre de consultation avec le médecin seul :

0  1  2  3  sup 3  sup 5  sup 10

Nombre de consultation en présence de l'étudiant :

0  1  2  3  sup 3  sup 5  sup 10

Un membre de la famille médecin ou étudiant en médecine :

Oui

Non

## Questionnaire des cas :

### 1) Information :

- Avez-vous su qu'un étudiant consultait avec votre médecin avant d'arriver à la consultation ?

OUI NON 

- Pensez-vous avoir été suffisamment présenté aux étudiants avant la consultation ?

OUI NON 

### 2) Acceptabilité :

- Accepteriez-vous la présence de l'étudiant ?

OUI NON 

### Si oui :

- Absence d'appréhension et de gêne
- L'information en amont
- Par habitude
- Pour la formation de l'étudiant
- Politesse
- Respect
- Obligation (étiez-vous obligé d'accepter l'étudiant ?)
- Expérience antérieure satisfaisante avec la présence de l'étudiant
- Autres :.....

### Si non :

Problème lié à la sphère intime (motif de consultation trop privé, caractère privé de la consultation, souhait d'avoir un espace d'intimité)

- Trouble sexuel  addiction  TS  acte médico-légal  , autres :.....
- Problème personnel : couple  décès  problème financier  souci professionnel  grossesse non désirée , autres :.....
- Etre le patient cobaye
- Un manque d'information
- La crainte d'être jugé par un tiers
- L'importance de la relation duelle (médecin-patient)
- Préférez- vous voir le médecin seul ?
- Autres :.....

### 3) L'impact de l'étudiant sur la relation médecin-malade (Evaluer la perturbation ou l'amélioration de la relation médecin malade en présence de l'étudiant) :

- Est-ce que vous étiez dérangé par la présence de l'étudiant dans les anciennes consultations ?

OUI NON

- Accepteriez-vous la présence de l'étudiant dans les prochaines consultations ?  
OUI  NON
- Préférez-vous voir le médecin seul de temps en temps ?  
OUI  NON
- Continueriez-vous à consulter au CHU si la présence de l'étudiant est permanente ?  
OUI  NON
- Considérez-vous que la présence de l'étudiant dans la consultation comme ?  
Nécessaire pour la formation  inutile pour la formation
- Accepteriez-vous que l'étudiant mène l'entretien psychiatrique ?  
OUI  NON
- Satisfaction de la consultation (perturbation de la relation médecin patient) :  
Consultation satisfaisante  assez satisfaisante  non satisfaisante

➔ Raison de mécontentement :

- Interaction médecin étudiant (Etre écarté de la consultation)  
Le médecin s'est-il plus occupé de stagiaire que de vous ?  
OUI  NON  neutre
- Langage médical non compris entre le médecin et l'étudiant
- Etre le patient cobaye
- La sensation de gêne (dérangement, inconfort) :

Avez-vous plus de mal (êtes vous gêner) à parler de vos problèmes de santé en présence de l'étudiant ?

OUI  NON

Avez-vous quitté la consultation avant de tout dire ? (= ne pas aborder tous les problèmes) ?

OUI  NON

- La consultation en présence de l'étudiant est-elle ?= (impression au sujet de la consultation)  
Plus agréable (meilleur)  plus pénible (moins bonne)  sans modification   
Plus longue  plus courte  sans modification sur le temps (inchangée)
- Le médecin en présence de l'étudiant, est-il ?  
Plus attentionné et plus à l'écoute  moins attentionné et superficiel  neutre
- Pensez-vous être mieux soigné en présence de l'étudiant ?  
OUI  NON

- La consultation en présence de l'étudiant est-elle profitable pour :  
Le patient  l'étudiant  les deux
  - Accepteriez-vous de donner des informations personnelles en présence de l'étudiant ?  
OUI  NON
  - Accepteriez-vous l'accès de votre dossier médical par l'étudiant ?  
Accord  désaccord  sans opinion
  - Avez-vous plus de confiance envers votre médecin vu son statut du médecin formateur ?  
OUI  NON  indifférent
- 4) Place de l'étudiant dans la consultation :
- Comment préféreriez vous l'étudiant en consultation (possibilité de cochez plusieurs propositions) ?  
Passif  observateur  en retrait  non sollicité dans la consultation   
Actif  expressif  impliqué dans la consultation
- 5) Avantages de la consultation médecin-patient-étudiant :
- ➔ Avantages de la présence de l'étudiant pour le patient :
- Profiter de l'enseignement de l'étudiant =consultation plus bénéfique (avez-vous plus appris sur votre problème de santé en présence de l'étudiant ?)  
OUI  NON
  - Satisfaction de la participation à la formation de l'étudiant (patient formateur) :  
Etes-vous satisfait de participer à la formation de l'étudiant ?  
OUI  NON
  - Avez-vous plus d'explications lors de la présence de l'étudiant ?  
OUI  NON

## Questionnaire des témoins :

### 1-Information :

- Aimerez-vous savoir au préalable qu'un étudiant consultait avec votre médecin avant d'arriver à la consultation ?

OUI                  NON

### 2-Acceptabilité

- Accepteriez-vous la présence de l'étudiant ?

OUI                   NON

Si oui :

- Absence d'appréhension et de gêne
- L'information en amont
- Pour la formation de l'étudiant
- Politesse
- Respect
- Obligation (étiez-vous obligé d'accepter l'étudiant ?)
- 
- Autres :.....

Si non :

Problème lié à la sphère intime (motif de consultation trop privé, caractère privé de la consultation, souhait d'avoir un espace d'intimité)

- (Trouble sexuel  addiction  TS  acte médico-légal  )
- , autres :.....
- Problème personnel : couple  décès  problème financier  souci professionnel  grossesse non désirée
- , autres :.....(
- Etre le patient cobaye
- Un manque d'information
- La crainte d'être jugé par un tiers
- Consultation assurée par l'étudiant seul
- L'importance de la relation duelle (médecin-patient)
- Préférez- vous voir le médecin seul ?

2-L'impact de l'étudiant sur la relation médecin-malade (Evaluer la perturbation ou l'amélioration de la relation médecin malade en présence de l'étudiant) :

- Seriez vous dérangé par la présence de l'étudiant dans les prochaines consultations ?
- OUI  NON
- Accepteriez-vous la présence de l'étudiant dans les prochaines consultations ?
- OUI  NON

- Préférez-vous voir le médecin seul de temps en temps ?  
- OUI  NON
  
  - Continueriez-vous à consulter au CHU si la présence de l'étudiant est permanente ?  
- OUI  non
  - Considérez-vous que la présence de l'étudiant dans la consultation comme ?  
Nécessaire pour la formation  inutile pour la formation
  
  - Accepteriez-vous que l'étudiant mène l'entretien psychiatrique ?  
- OUI  NON
  
  
  - Pensez-vous que le médecin en présence de l'étudiant, serait ?  
Plus attentionné et plus à l'écoute  moins attentionné et superficiel  neutre
  - Pensez-vous que vous seriez mieux soigné en présence de l'étudiant ?  
- OUI  NON
  
  
  - La consultation en présence de l'étudiant est-elle profitable pour :  
Le patient  étudiant  les deux
  
  - Accepteriez-vous de donner des informations personnelles en présence de l'étudiant ?  
- OUI  NON
  
  
  - Accepteriez-vous l'accès de votre dossier médical par l'étudiant ?  
Accord  désaccord  sans opinion
  
  - Auriez-vous plus de confiance envers votre médecin vu son statut de médecin formateur ?  
OUI  NON  indifférent
- 3- Place de l'étudiant dans la consultation :
- Comment préférez-vous l'étudiant en consultation (possibilité de cocher plusieurs propositions) ?  
Passif  observateur  en retrait  non sollicité dans la consultation   
  
Actif  expressif  impliqué dans la consultation

4- Avantages de la consultation médecin-patient-étudiant :

➔ Avantages de la présence de l'étudiant pour le patient :

-Profiter de l'enseignement de l'étudiant =consultation plus bénéfique (penseriez vous plus apprendre sur votre problème de santé en présence de l'étudiant ?)

- OUI  NON

-Satisfaction de la participation à la formation de l'étudiant (patient formateur) :  
seriez-vous satisfait de participer à la formation de l'étudiant ?

- OUI  NON

-penseriez vous avoir plus d'explications lors de la présence de l'étudiant ?

- OUI  NON

## Annexes

### 1 Questionnaire IRI

- Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations suivantes à l'aide l'échelle ci-dessous. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

pas du tout d'accord	désaccord relatif	ni accord ni désaccord	Accord relatif	Totalement d'accord
1	2	3	4	5

1) Je rêve tout éveillé(e) et souvent, j'imagine ce qui pourrait m'arriver.	
2) J'éprouve souvent de la tendresse, de la compassion pour les gens moins chanceux que moi.	
3) Je trouve parfois difficile d'envisager les choses du point de vue des autres.	
4) Parfois, quand les autres ont des problèmes, je n'éprouve pas de pitié pour eux.	
5) Je me sens vraiment touché(e) par les sentiments des personnages de roman.	
6) En cas d'urgence, j'ai peur et je suis mal à l'aise.	
7) En général, quand je regarde un film ou une pièce de théâtre, je reste objectif(ve) et je ne me plonge pas complètement dedans.	
8) Lors d'un différend, j'essaie d'écouter l'opinion de tout le monde avant de prendre une décision.	
9) Lorsque je vois une personne se faire exploiter, j'ai envie de le protéger.	
10) Au cœur d'une situation très émotionnelle, je me sens parfois impuissant(e).	
11) J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant leur perspective des choses.	
12) Il m'arrive assez rarement de me plonger complètement dans un bon livre ou un bon film.	
13) Quand je vois quelqu'un se faire mal, j'ai tendance à rester calme.	
14) Les malheurs des autres ne me préoccupent pas beaucoup.	
15) Si je suis sûr(e) d'avoir raison sur un sujet, je ne perds pas beaucoup de temps à écouter les arguments des autres.	
16) Après avoir vu un film ou une pièce de théâtre, il m'est déjà arrivé de me prendre pour l'un des personnages.	
17) Je suis terrifié(e) quand je me retrouve dans une situation tendue d'un point de vue émotionnel.	
18) Quand je vois quelqu'un se faire traiter de manière injuste, je ne ressens pas toujours beaucoup de pitié pour lui.	
19) Je suis plutôt assez efficace quand il s'agit de traiter des cas d'urgence.	
20) Je suis souvent assez touché(e) par ce qui se passe autour de moi.	
21) Je crois qu'il y a deux façons de traiter un problème et j'essaie toujours de les envisager toutes les deux.	
22) Je dirais de moi que je suis assez compatissant(e).	
23) Quand je regarde un bon film, je m'identifie facilement au personnage principal.	
24) J'ai tendance à perdre mes moyens en cas d'urgence.	
25) Si quelqu'un me contrarie, j'essaie en général de me mettre à sa place quelque temps.	
26) Quand je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si ce qui est décrit m'arrivait à moi.	
27) Quand je vois quelqu'un qui a besoin d'aide en urgence, je m'effondre.	
28) Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer comment je me sentirais à sa place.	

أطروحة رقم 19/139

سنة 2019

# التشخيص في حضور طالب الطب أي تأثير على العلاقة بين الطبيب و المريض ؟ (بصدد 384 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2019/06/24

من طرف

الآنسة حنيني ريم

المزداة في 1994/06/14 بفاس

## لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

طالب في الطب - تدريب استشفائي - تشخيص - علاقة طبية

اللجنة

الرئيس	..... السيد محمد شكيب بنجلون أستاذ في علم أمراض الرئة والسل
المشرف	..... السيد رشيد اعوان أستاذ في علم الأمراض النفسية
أعضاء	..... السيدة شادية أعراب أستاذة مبرزة في علم الأمراض النفسية
	..... السيد محسن يساري أستاذ مبرز في علم الأمراض النفسية