



Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Pierre DUMOT
Né le 01/05/1987 à Orléans (45)

TITRE

Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine.

Étude d'une cohorte prospective d'étudiants en médecine de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 assistant aux Enseignements Dirigés de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine de Tours.

Présentée et soutenue publiquement le 05 décembre 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Professeur Hubert LARDY, Chirurgie infantile, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Catherine CANAULT, Médecine Générale – Bellegarde

Directeur de thèse : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine.

Étude d'une cohorte prospective d'étudiants en médecine de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 assistant aux Enseignements Dirigés de Sciences Humaines et Sociales de la Faculté de Médecine de Tours.

Introduction : Une bonne compétence communication est essentielle dans l'exercice médical. Elle améliore la santé physique et mentale des patients. Elle améliore la santé mentale des médecins et diminue le risque judiciaire. Le besoin de formation des médecins en communication est largement reconnu. La Faculté de Médecine de Tours propose un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôles à ses étudiants. L'objectif de cette étude était de vérifier si cet enseignement améliore la compétence communication des étudiants en médecine qui y participent.

Matériel et Méthode : C'était une étude observationnelle d'une cohorte d'étudiants de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 tirés au sort parmi les participants à l'enseignement en 2017. Leur compétence communication a été comparée au début et à la fin de l'enseignement, par l'échelle de Calgary-Cambridge simplifiée.

Résultats : 34 étudiants ont été tirés au sort, 27 ont été évalués. Il y a eu une amélioration significative de leur compétence communication (3,54 points, $p < 10^{-3}$), entre le début et la fin de l'enseignement. La performance globale des sujets masculins et féminins n'a pas été différente. L'enseignement a été plus efficace pour les étudiants moins bons communicants au départ.

Discussion : L'enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle à la faculté de médecine de Tours est efficace pour améliorer la compétence communication des étudiants en médecine. Cette étude confirme la pertinence des choix pédagogiques des facultés de médecine qui l'utilisent. Elle suggère de les généraliser à tous les étudiants en médecine de France.

Mots clés : relations médecin-patient, communication en médecine, formation professionnelle, enseignement, jeux de rôle, étudiant en médecine.

Impact of a role-play based doctor-patient relationship training on medical student's communication competence.

A prospective cohort study of medical students in Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 attending the Human and Social Sciences training in the Faculty of Medicine of Tours.

Introduction : Good communication competence is essential in medical practice. It improves patients' physical and mental health. It improves physicians' mental health and decreases the legal risks. The physicians' need for communication training is widely recognized. The Faculty of Medicine of Tours offers to its students a role-play based doctor-patient relationship training. The aim of this study was to verify if this training improves the communication competence of the medical students attending it.

Materials and et Method : It was an observational study of a cohort of students from Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 drawn from the training participants in 2017. Their communication competence was compared at the beginning and at the end of the training by the simplified Calgary-Cambridge guide.

Results : 34 students were drawn, 27 were evaluated. There was a significant improvement of their communication competence (3,54 points, $p < 10^{-3}$), between the beginning and the end of the training. The general performance of male and female subject were not different. The teaching was more effective on students who were initially poorer communicators.

Discussion : The role-play based doctor-patient relationship training in the Faculty of Medicine of Tours is efficient to improve the communication competence of medical students. This study confirms the relevance of the teaching choices of the medical schools that use this kind of training. It suggests extending this method to all french medical students.

Keywords : physician-patient relationship, medical communication, professional training, teaching, role-play, medical student.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSEESSEURS

Pr. Denis ANGOUVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT PhilippeChargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT MarieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements

À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS.

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury.

Pour l'accueil très favorable que vous avez fait à ce projet de thèse, pour votre aide précieuse lors de mon recueil de données, pour votre enseignement de Sciences Humaines et Sociales lors de mon premier cycle.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Hubert LARDY.

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Pour votre dévouement au service des enfants que vous prenez en charge ainsi que de leurs familles, pour votre investissement dans des techniques opératoires de pointe.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Saïd LARIBI.

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Pour votre intérêt spontané au sujet de cette thèse, et vos questions pertinentes lors de mon jury de Diplôme d'État Spécialisé. Pour votre accueil dans le service des urgences lors de mes gardes.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ.

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Pour votre soutien sans faille et votre réactivité. Pour ces années de tutorat pendant lesquelles vous m'avez aidé à devenir meilleur. Pour votre dévouement à l'enseignement aux Internes de Médecine Générale de Tours.

Veuillez recevoir, Madame le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Catherine CANAULT.

Pour avoir accepté de juger ce travail.

Je te remercie surtout Catherine pour les 6 mois de stage à ton cabinet, ton soutien moral, et ton accompagnement bienveillant le long de mon apprentissage du savoir-être médecin.

Je te prie de recevoir l'expression de ma sincère amitié.

À tous **les enseignants des Enseignements Dirigés de Sciences Humaines et Sociales**, pour avoir joué le jeu, accepté les contraintes que nécessitait ma thèse, et m'avoir accueilli avec intérêt et sympathie.

À tous **les étudiants de DFGSM3 2016-2017**, qui ont accepté d'être les sujets de cette étude et se sont pliés avec bienveillance aux contraintes de celle-ci.

À **Nicolas**, pour ton amitié et ton aide incalculable lors de la rédaction de cette thèse. Et à **Émilie** pour avoir gentiment accepté que ton mari passe du temps avec moi !

À **Madame Marie-Christine LEGEAIS**, secrétaire du département de SHS, pour m'avoir grandement facilité la tâche lors de mon recueil de donnée, et avoir su aiguiller mes demandes. À **Madame Mireille MOTTEAU** pour m'avoir aidé à récupérer les données d'inscription des étudiants.

À **mes autres maîtres de stage de Niveau 1 et SASPAS**, Yves, Lysiane, Thierry, Guy et Quang Khai. Avec vous j'ai appris ce qu'était la Médecine Générale et vous m'avez rendu meilleur. Votre accueil chaleureux et bienveillant a beaucoup compté pour moi.

À l'équipe de l'**Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs de Tours**, pour votre sympathie, votre humanité et les discussions que nous avons eues ensemble.

Aux autres équipes avec qui j'ai pu travailler et me former durant mon internat : service des **Urgences du CH de Bourges**, service de **Médecine Interne Gériatrique du CHRU de Tours**, service de **Pédiatrie du CH de Chartres**.

À **mes parents** qui m'ont toujours poussé vers l'excellence, sans qui je ne serais pas là. Merci pour les valeurs de travail, de rigueur, de don de soi que vous m'avez inculquées. À **mes frères**, Maxime et Loïc, nos parties endiablées et nos soirées ciné.

À ma **grand-mère Lucette**, j'aurais aimé que tu participes à ce moment.

À mes amis du lycée, Bastien, Thomas, Axel, Amélie, Thibaud, Nico. À mes amis de faculté et d'internat, Yann, Marine, Fanny, Marie, Claire. Merci à vous pour les plaisirs et rires partagés ensemble.

À **David** mon ami depuis l'externat auprès de qui j'ai toujours trouvé rire et réconfort. Puissiez-vous, Claire et toi, être heureux toute votre vie avec Madeline !

À **Sophie**, ma future épouse, pour son amour et son soutien pendant ces longues années parfois difficiles. L'avenir est devant nous !

« Accoutume-toi à prêter sans distraction l'oreille aux paroles des autres et entre autant qu'il se peut dans la pensée de celui qui parle. »

Marc-Aurèle, Pensées pour moi-même.

« [...] de quoi avons-nous besoin pour soigner ? Nous avons besoin des mots ; des expériences qu'ils racontent, des sentiments qu'ils portent, des vérités qu'ils mettent au jour. »

Jaddo, Juste après dresseuse d'ours : Les histoires brutes et non romancées d'une jeune médecin généraliste.

Table des matières

Glossaire.....	14
I. Introduction.....	15
1. Avant-propos.....	15
2. Bénéfices d'une bonne compétence communication pour le médecin et le patient.....	15
3. Nécessité de formation des médecins.....	16
4. Enseignement de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Tours.....	17
a) Contenu des enseignements dirigés (ED).....	17
b) Réception par les étudiants.....	18
5. Importance de l'évaluation de l'efficacité de cet enseignement sur la compétence communication.....	19
II. Matériel et Méthode.....	21
1. Population.....	21
2. Calcul du nombre de sujets nécessaires.....	21
3. Critères d'évaluation.....	21
4. Analyse statistique.....	22
5. Éthique et déclaration du fichier informatisé.....	22
6. Réalisation d'un état des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine de France.....	23
7. Recherche bibliographique.....	23
III. Résultats.....	24
1. Déroulement concret des ED.....	24
2. Diagramme de flux.....	24
3. Représentativité de l'échantillon.....	25
a) Sur le plan du sexe.....	25
b) Sur le plan de l'âge.....	26
4. Résultats concernant l'échantillon dans son entier.....	26
5. Analyse en sous-groupes.....	28
a) Sujets masculins comparés aux sujets féminins.....	28
b) Sujets avec un score supérieur à la moyenne au premier ED comparés aux sujets avec un score inférieur à la moyenne.....	29
6. État des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine de France.....	29
IV. Discussion.....	31
1. Rappel des résultats.....	31
2. Limites.....	31
3. Forces.....	32
4. Mise en perspective avec la littérature.....	33
5. Mise en perspective avec les pratiques françaises d'enseignement de la communication.....	34
6. Conclusion.....	34
a) Perspectives d'études.....	34
b) Perspectives pour l'enseignement.....	35
V. Bibliographie.....	36
VI. Annexes.....	40
1. Scenarii utilisés lors des Enseignements Dirigés.....	40
a) Scenario 1 : Conduite d'une consultation standard.....	40
b) Scenario 1 : Conduite d'une consultation standard (variante).....	41
c) Scenario 2 : Refus de soins, refus d'hospitalisation.....	41

d) Scenario 2 : Refus de soins, refus d'hospitalisation (variante).....	42
e) Scenario 3 : Demande d'un arrêt de travail.....	43
f) Scenario 3 : Demande d'un arrêt de travail (variante).....	44
g) Scénario 4 : Demande d'un proche pour obtenir/donner des informations.....	45
h) Scénario 4 : Demande d'un proche pour obtenir/donner des informations (variante)	46
i) Scénario 5 : Non compliance dans le cadre d'une maladie chronique.....	46
j) Scenario 6 : Annonce d'un résultat suspect de gravité.....	47
k) Scenario 6 : Annonce d'un résultat suspect de gravité (variante).....	48
l) Scenario 7 : Refus de poursuivre un suivi.....	48
2. Échelle Calgary-Cambridge simplifiée.....	50
3. Courrier adressé aux enseignants des ED de SHS.....	53
4. Courrier adressé aux étudiants de DFGSM3.....	54
5. Tableaux des scores de l'échantillon.....	55
a) Au premier ED.....	55
b) Au dernier ED.....	56
6. Comparaison par item des scores des sujets masculins et féminins.....	57
7. Résultats de l'enquête concernant l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine en France.....	59

Glossaire

CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CM	Cours Magistral.
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants.
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
DES	Diplôme d'Études Spécialisées.
DFASM 1, 2 et 3	Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 1 ^{re} , 2 ^e et 3 ^e année (4 ^e , 5 ^e et 6 ^e année de Faculté de Médecine).
DFGSM 2 et 3	Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2 ^e et 3 ^e année (correspondent à la 2 ^e et 3 ^e année de Faculté de Médecine).
ED	Enseignement Dirigé.
ERERC	Espace de Recherche Éthique en Région Centre
ET	Écart-type
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SSH	Santé, Société, Humanité.
SUDOC	Système Universitaire de Documentation.
UFR	Unité de Formation et de Recherche (anciennement Facultés).
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

I. Introduction

1. Avant-propos

Plusieurs éléments, tant professionnels que personnels, m'ont encouragé à réaliser ce travail de recherche.

Durant ma formation préclinique, le goût pour l'enseignement de Sciences Humaines et Sociales à la faculté de médecine de Tours ; la lecture d'ouvrages littéraires, tels que les ouvrages de Martin Winckler ; durant mes stages, la rencontre avec des médecins généralistes intéressés par la relation médecin-patient et la lecture de blogs de médecins s'interrogeant sur leurs pratiques, en particulier sur la relation médecin-patient ; puis des discussions en groupes de pairs ou informelles avec mes co-internes.

J'ai moi-même rencontré des difficultés de communication avec les patients, et ai pu constater l'importance de me former dans ce domaine. Grâce à l'aide de mes Maîtres, j'ai pu identifier les raisons de ces difficultés et me former dans ce domaine. J'admire tous ces médecins qui m'ont servi de modèle pour m'améliorer.

L'observation de mes jeunes confrères et consœurs, en tant qu'interne, m'a fait constater que je n'étais pas le seul à rencontrer ce type de difficultés. J'ai également été peiné des récits que m'ont fait des proches de leurs mauvaises expériences relationnelles avec des médecins. Ces mauvaises expériences auraient pu être évitées par une meilleure communication de la part de ces derniers.

Lorsque j'ai entendu parler du fait qu'il existait un enseignement par jeux de rôle de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Tours, je me suis dit que cet enseignement aurait eu un impact fortement positif sur mon parcours si j'avais pu en bénéficier.

2. Bénéfices d'une bonne compétence communication pour le médecin et le patient

La compétence communication du médecin conditionne sa capacité à recueillir l'information pour réaliser un bon diagnostic, à proposer des interventions et les expliquer, à établir une relation d'aide avec son patient ¹.

Durant le XXe et le XXIe siècle, les évolutions sociétales ont modifié la relation médecin-patient, en favorisant l'autonomie de ce dernier. Dans ce contexte, il est démontré qu'une bonne compétence communication est associée à de meilleurs résultats pour le patient et pour le médecin.

Tout d'abord pour le patient, une meilleure communication est associée à une meilleure satisfaction sur l'issue de la consultation^{2,3}, une meilleure adhésion^{4,5} aux propositions du médecin ainsi qu'une meilleure observance⁵ des traitements. Elle améliore également la santé émotionnelle⁴. Elle est associée à une meilleure santé en général, avec en particulier un effet positif sur des paramètres subjectifs de santé (symptômes et états fonctionnels, douleur), mais également sur des paramètres biologiques objectifs (pression artérielle, glycémie à jeun...) ⁶⁻⁸. Elle diminue le risque d'hospitalisation et de nouvelles consultations⁹. Elle permet de meilleures interventions sur les éléments de mode de vie générateurs de problèmes de santé¹⁰.

Ensuite pour le médecin, une meilleure communication est associée à moins de conflits avec le patient, moins de plaintes et de poursuites judiciaires en cas d'erreur¹¹⁻¹³. Cette diminution des conflits, ainsi que ces meilleurs résultats cliniques, entraînent une satisfaction professionnelle plus importante ainsi qu'une meilleure santé mentale¹⁴.

3. Nécessité de formation des médecins

Les médecins ne sont pas toujours à l'aise dans la communication avec les patients. Ils ont tendance à surévaluer la quantité et la qualité de l'information échangée avec les patients, et également à sous-évaluer les souhaits des patients en termes d'information¹⁵. Ils ont une mauvaise compréhension des motifs réels^{16,17} de consultation (sans même tenir compte du « motif caché »). D'ailleurs la communication est identifiée comme une difficulté de l'exercice médical, à la fois par les médecins et par les patients¹⁸⁻²⁰. Enfin, ces difficultés sont d'autant plus importantes qu'une grande proportion de la population générale est incapable de poser une question ou de faire valoir son point de vue à d'autres personnes²¹.

Les pouvoirs publics et les sociétés savantes ont pris conscience graduellement de la nécessité d'enseigner la communication aux médecins et futurs médecins. En France en 1992 par exemple, un enseignement de la communication a été introduit dans le programme de la première année de médecine^a. Depuis 2013 la communication médecin-patient dans le

a Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales – Article 12 : L'enseignement de la première année comporte également un module de culture générale, pouvant porter notamment sur les techniques d'expression et de communication[...].

programme officiel du premier cycle des études médicales (module Santé, Société, Humanité ou SSH), et fait partie des objectifs du deuxième cycle^a. La World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) l'a définie comme l'un des 3 champs de compétence du médecin généraliste²², et le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), en France, comme l'une des 7 compétences à maîtriser pour valider le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale²³.

Dans les universités où ils ont été mis en place, les enseignements par jeux de rôle semblent avoir une bonne efficacité pour améliorer la compétence communication²⁴⁻³². En France plusieurs facultés de médecine ont mis en place des enseignements semblables ; elles ont réalisé plusieurs études qui montrent que les étudiants accueillent favorablement cette méthode pédagogique^{33,34}.

4. Enseignement de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Tours

À Tours des enseignements dirigés (ED) à base de jeux de rôle sont utilisés depuis 2013 pour former à la relation médecin-patient et à la communication les étudiants en médecine en Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3^e année (DFGSM3, correspondant à la 3^e année de faculté de médecine).

a) Contenu des enseignements dirigés (ED)

Les ED se déroulent lors du 2^e semestre de DFGSM3. Les étudiants sont divisés en 24 groupes d'une dizaine d'individus. La validation repose sur la présence lors des ED et le complètement d'un formulaire d'évaluation de l'enseignement par l'étudiant. Chaque groupe assiste à 5 séances de 2 h chacune (soit un total de 10 h d'enseignement), où les étudiants participent à des jeux de rôle basés sur des situations considérées comme exemplaires ou fréquentes par les enseignants du département de SSH. Il existe 7 scénarii avec 5 variantes, impliquant un médecin, un patient et parfois un ou plusieurs accompagnants (**annexe 1**). Les étudiants jouent ces rôles, aidés de fiches leur donnant des

a Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales – UE 1 Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle – Objectif terminal n°1 La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale.

indications. Ces scenarii ont été conçus dans le but de mettre en exergue certains aspects de l'entretien médical et pensés pour être d'une difficulté progressive au fil des ED.

L'objectif pédagogique donné à ces ED est d'initier les étudiants au déroulement d'une entrevue avec un patient, faire prendre conscience de l'importance de la communication médecin-patient et donner des bases dans ce domaine.

L'enseignement est ouvert à tout médecin volontaire quelle que soit sa spécialité, ainsi qu'à d'autres professionnels de santé et aux psychologues.

Le département de SHS recommande une certaine organisation des séances. Elles débutent typiquement par un rappel de ce qui a été vu précédemment, puis par une présentation de la session et ses objectifs. Ensuite le scénario prévu par l'enseignant est joué par des étudiants. À l'issue de chaque jeu de rôle, l'enseignant anime un débriefing où les acteurs et les spectateurs évoquent ce à quoi ils ont assisté et sont poussés à analyser le déroulement du jeu de rôle, leur ressenti émotionnel, les difficultés rencontrées, les améliorations qui pourraient être faites. L'enseignant relie les observations du groupe à des connaissances théoriques sur la relation médecin-patient.

Chaque groupe passe lors d'une séance en centre de simulation : l'entretien est alors filmé et les acteurs sont seuls dans un bureau médical. Cela donne la possibilité de revenir sur des points précis de l'enregistrement et d'augmenter le réalisme du jeu de rôle.

En pratique il est laissé une grande liberté à l'enseignant concernant l'ordre des scenarii, l'organisation des jeux de rôle, les connaissances théoriques délivrées.

b) Réception par les étudiants

Chaque année le département de SHS de la faculté de médecine de Tours conditionne la validation de l'enseignement par le complètement d'un questionnaire sur l'appréciation des étudiants de l'enseignement de SHS, ainsi que leurs remarques.

Ce questionnaire contient 7 questions générales sur l'enseignement :

- 1 – L'organisation générale des ED est...
- 2 – Le principe général de la pédagogie des ED est...
- 3 – Les objectifs des ED sont bien définis et cohérents avec le contenu.
- 4 – Le niveau d'interactivité et d'échange dans les ED est...
- 5 – J'ai acquis de nouvelles compétences lors de ces ED.
- 6 – Les compétences acquises me seront utiles pour ma pratique.

7 – Le passage en laboratoire de simulation apporte un plus à ces ED.

Les résultats pour l'année scolaire 2015-2016 montrent une quasi-unanimité des étudiants sur l'intérêt perçu de ces ED et la bonne qualité de ces derniers (**figure 1**).

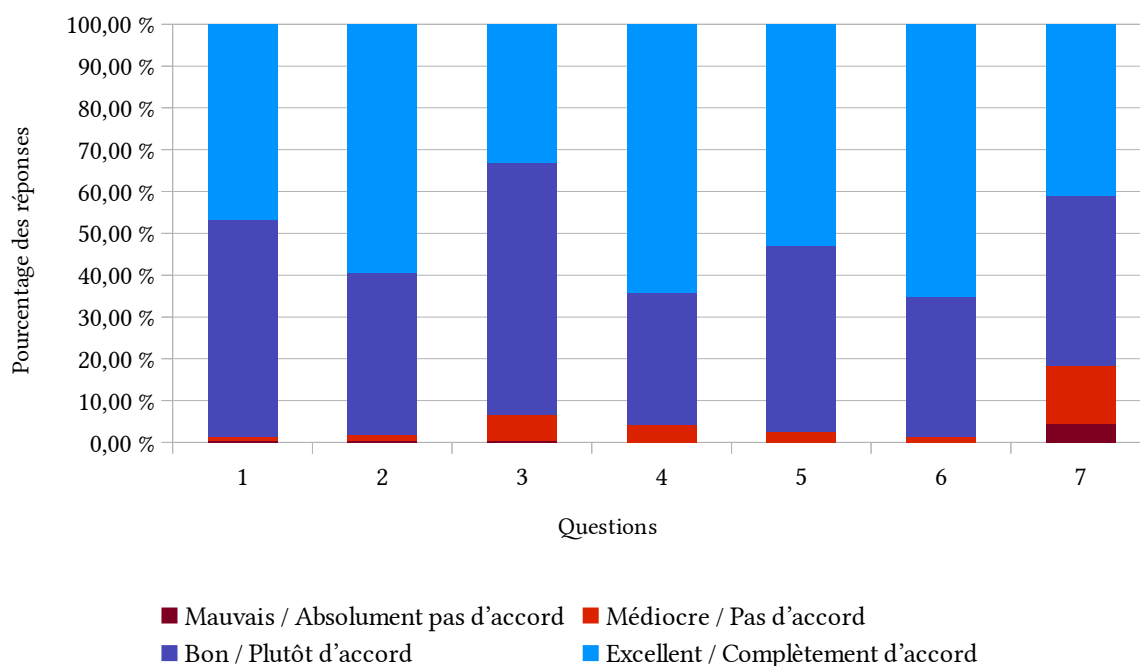


Figure 1: Réponses au questionnaire en ligne pour la validation de l'enseignement de SHS.

5. Importance de l'évaluation de l'efficacité de cet enseignement sur la compétence communication

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence communication est essentielle à l'exercice médical. Elle a des effets bénéfiques sur la santé des patients (santé psychique, santé physique), sur leur satisfaction et sur leur observance. Elle a également des effets bénéfiques pour les médecins comme l'amélioration de la santé mentale au travail et la diminution du risque judiciaire.

Le monde médical, les autorités et les organismes de formation ont pris conscience du besoin de formation dans ce domaine. Certaines facultés de médecine, dans le monde et en France ont mis en place un enseignement spécifique. L'enseignement par jeux de rôle est une des méthodes les plus utilisées et semble avoir une bonne efficacité pour enseigner la communication.

En France, des études ont montré que ce type de méthode pédagogique est accueilli favorablement par les étudiants. À Tours, un enseignement par jeux de rôles est proposé par le département de SHS depuis 2013 aux étudiants de DFGSM3. Son efficacité sur le développement de la compétence communication n'a cependant jamais été évaluée. Cette évaluation permettrait d'adapter la méthode pédagogique utilisée, voire de favoriser la généralisation de cette méthode aux étudiants en médecine de France. Une étude a donc été conduite au sein de la faculté de médecine de Tours afin d'évaluer l'évolution de la compétence communication des étudiants de DFGSM3 ayant reçu cet enseignement. Une attention particulière a été portée sur la différence entre les sujets masculins et féminins, ainsi que sur la différence d'amélioration entre étudiants bons et mauvais communicants. Enfin un état des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine de France a été réalisé.

II. Matériel et Méthode

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.

1. Population

La population étudiée est constituée des étudiants en médecine inscrits en DFGSM3 à l'UFR médecine de l'Université François Rabelais de Tours. Les critères d'inclusion étaient tout étudiant en DFGSM3 inscrits aux ED de SHS pour l'année scolaire 2016-2017.

Pour des raisons pratiques (impossibilité pour l'investigateur d'évaluer plusieurs groupes sur le même créneau horaire, et impossibilité d'évaluer plus de 2 sujets par créneau horaire), un groupe a été tiré au sort par créneau horaire à l'aide du site internet Random.org^a. Dans chaque groupe sélectionné, 2 étudiants ont été tirés au sort par la même méthode. Lorsque les critères d'inclusion n'étaient pas présents pour l'étudiant tiré au sort, un autre tirage était réalisé.

Ont été exclus de l'analyse statistique les sujets pour lesquels l'évaluation au premier ou au dernier ED était manquante.

2. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé à partir des résultats de l'étude sud coréenne de Lee et Lee²⁸. L'objectif considéré était une amélioration de 10 % entre la moyenne de départ et celle de fin, avec un écart type de 10 % correspondant à celui de l'étude de Lee and Lee. Le nombre minimal de sujet pour un $p < 0,05$ était de 22.

3. Critères d'évaluation

La compétence des étudiants a été évaluée par l'échelle Calgary Cambridge simplifiée. Elle a été adaptée pour une analyse quantitative en assignant 0 point si non-effectué, 1 point si réalisé partiellement et 2 points si réalisé complètement (**annexe 2**). Cette échelle divise la compétence communication lors d'une consultation en différentes aptitudes. La note maximale est de 34. L'investigateur s'est entraîné à l'utilisation de cette échelle en situation réelle avec des médecins en entretien, avant le recueil de données.

a <https://www.random.org/lists/>

Chaque étudiant sélectionné a été évalué lors du premier et du dernier ED, par les investigateurs eux-mêmes, sans aveugle. Pour limiter le biais de confirmation, l'évaluateur ne disposait pas de la première évaluation lorsqu'il évaluait lors du dernier ED. Pour améliorer la comparabilité avant-après c'est le même investigateur qui a réalisé l'évaluation du même sujet. Les données ont été anonymisées et colligées au sein d'un tableur.

Faute de référence, ont été considérés comme bons communicants les étudiants ayant obtenu un score au premier ED supérieur au score médian des étudiants.

Le sexe et l'âge des étudiants ont été tirés des données d'inscription à la faculté de Médecine de Tours.

4. Analyse statistique

Les scores et données sur les sujets de l'étude ont été recueillis dans un tableur à l'aide du logiciel LibreOffice Calc.

Les résultats avant et après ont été comparés par le test non-paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney, du fait du petit échantillon et du risque de distribution non-normale des résultats.

L'analyse en sous-groupe comparant sujets masculins et féminins, ainsi que celle comparant bons et mauvais communicants, ont été réalisées de la même façon.

La similitude de l'échantillon et de la population a été vérifiée sur le plan du sexe par le test de Chi² et sur le plan de l'âge par le test non-paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Le logiciel SPSS version 16.0.0 a été utilisé pour toutes les analyses statistiques.

5. Éthique et déclaration du fichier informatisé

Les enseignants et les étudiants ont été prévenus par un courrier informatisé avant le début du recueil de donnée (**annexes 3 et 4**)

Le protocole a reçu un avis favorable du Groupe Éthique d'Aide à la Recherche Clinique pour les Protocoles de Recherche non-soumis au Comité de Protection des Personnes de l'Espace de Réflexion Éthique en Région Centre (ERERC) sous le n°2016 063.

Le traitement informatique des données recueillies a été enregistré auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le n°2016_084.

6. Réalisation d'un état des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine de France

Une enquête a été réalisée auprès des différentes facultés de médecine de France. Elle a consisté en la consultation des programmes de DFGSM2 et 3 ainsi que DFASM 1, 2 et 3 disponibles en ligne ; ainsi que la demande d'informations par mail. Elle a eu lieu entre juin et octobre 2017.

Il a été noté pour chaque faculté s'il existait à ce jour un enseignement obligatoire spécifique de la relation médecin-patient, destiné à tous les étudiants en médecine de cette faculté ; quelle forme prenait cet enseignement ; enfin s'il existait à défaut un enseignement facultatif.

7. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est étalée de décembre 2015 à décembre 2016, suivie d'une veille bibliographique jusqu'en septembre 2017.

La veille bibliographique a consisté en la consultation mensuelle de :

— PubMed^a, avec les chaînes : Physician-Patient Relations [Mesh] AND teaching AND medical student ; (teaching OR enseignement OR competence) AND communication AND (student OR interne OR etudiant) AND (medical OR medicine)

— Google Scholar^b avec : Citation de documents "Teaching and learning communication skills in medicine" ; Citation de documents "Marrying content and process in clinical method teaching : enhancing the Calgary-Cambridge guides"

— La Base de Données en Santé Publique^c avec la chaîne : ((communication OR relation) médecin AND patient enseignement) AND (TypDoc=(ARTICLE OR FASCICULE) OR TypDoc=(OUVRAGE OR CHAPITRE) OR TypDoc=RAPPORT OR TypDoc=DIPLOME)

— La Base de donnée du SUDOC (Système Universitaire de Documentation)^d avec la chaîne : (communication OU relation) médecin patient (cours OU formation OU enseignement).

Les références ont été colligées dans le logiciel Zotero version 4.3 puis 5.0.

a <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

b <https://scholar.google.fr/>

c <http://www.bdsp.ehesp.fr>

d <http://www.sudoc.abes.fr>

III. Résultats

Les nombres sont présentés arrondis au centième.

1. Déroulement concret des ED

Le déroulement des ED a été variable. Même si la plupart suivaient les recommandations du département de SHS, certains déviaient de cette structure. Dans certains groupes les étudiants étaient divisés en duo ou trio qui débriefaient entre eux ; d'autres prenaient la forme de cours magistraux (CM).

Les ED se sont déroulés du 6 février 2017 au 24 avril 2017 soit 12 semaines.

Cette étude a été bien comprise et acceptée par la totalité des étudiants, et par la quasi-totalité des enseignants. Aucun étudiant sélectionné n'a refusé d'être sujet de l'étude.

2. Diagramme de flux

Sur les 242 étudiants de DFGSM3 assistant à l'ED, 34 ont été sélectionnés au départ. 7 étudiants ont été exclus pour violation de protocole (évaluation impossible au premier ou au dernier ED) :

— pour 2 étudiants, l'évaluation était impossible durant le premier ED, car ils n'ont pas participé aux jeux de rôle.

— pour 5 étudiants, l'évaluation était impossible au dernier ED. 3 étudiants étaient absents pour participer à un événement sportif étudiant. La séance des 2 autres étudiants a été reportée à une date ne permettant pas l'évaluation par l'investigateur.

L'analyse statistique a été effectuée sur les 27 étudiants qui ont été évalués, puis sur les sous-groupes de sujets masculins et sujets féminins et enfin les sous-groupes ayant eu un score supérieur ou inférieur à la moyenne du groupe au premier ED.

Le diagramme de flux est présenté en **figure 2**.

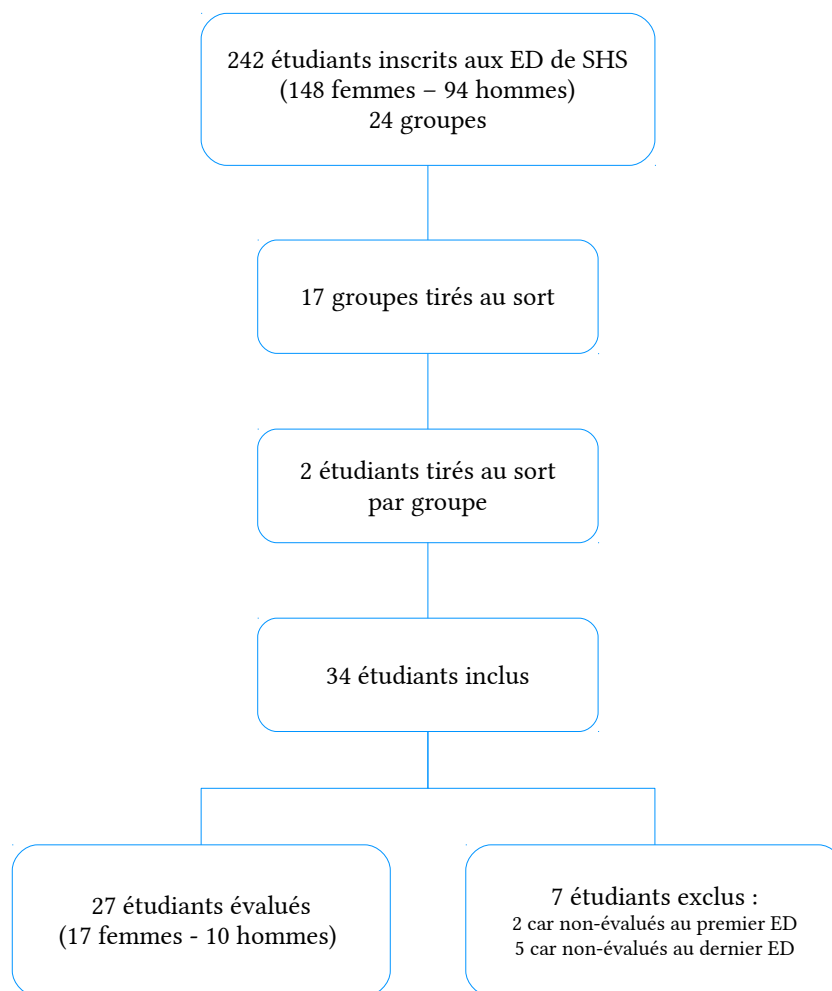


Figure 2: Diagramme de flux.

3. Représentativité de l'échantillon

a) Sur le plan du sexe

Il n'y a pas eu de différence significative en termes de sexe entre les étudiants évalués et la population des étudiants inscrits aux ED de SHS. Cela est résumé dans le **tableau 1**.

Tableau 1 : Sujets masculins et féminins. Effectif (%)

Échantillon		Population		Chi ² (p)
Masculins	Féminins	Masculins	Féminins	
10 (37)	17 (63)	94 (38,8)	148 (61,2)	0,03 (0,85)

b) Sur le plan de l'âge

Il n'y a pas eu de différence significative en termes d'âge entre les étudiants évalués et la population cible des étudiants inscrits aux ED de SHS. Les résultats sont résumés dans le **tableau 2**.

Tableau 2 : âges moyens et médians en années des étudiants évalués et des inscrits aux ED de SHS.

		Étudiants évalués (n=27)		Inscrits aux ED (n=242)		Valeur de <i>p</i>
Âge (années)						
Moyenne	(±ET)	21,13	(±0,65)	21,26	(±1,50)	0,82
Médiane	(étendue)	21,25	(20,10 ; 20,21)	21,07	(19,35 ; 32,58)	

4. Résultats concernant l'échantillon dans son entier

Les scores détaillés des sujets au premier et dernier ED sont donnés en **annexe 5**.

Il y a une différence significative entre le score au premier et au dernier ED ($p < 0,0001$). La progression a été de 3,59 points en moyenne, soit une amélioration de 10,56 %. Elle n'a pas été la même dans tous les domaines évalués par l'échelle utilisée : il y a eu une amélioration significative pour les items I-Débuter l'entretien, III-Expliquer et planifier et VI-Terminer l'entretien.

Les résultats concernant le critère de jugement principal sont présentés dans le **tableau 3**.

Tableau 3 : Comparaison du score global et par items au premier ED et au dernier ED. N = 27.

	Premier ED			Dernier ED			Valeur du <i>p</i>
	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	
Score global	19,48	±4,64	20,00 (10 ; 27)	23,07	±3,99	23,00 (11 ; 29)	< 0,01*
<i>I-Débuter</i>	4,81	±1,04	5,00 (2 ; 6)	5,59	±0,50	6,00 (5 ; 6)	< 0,01**
<i>II-Recueillir</i>	3,37	±1,25	3,00 (1 ; 6)	3,22	±1,31	3,00 (1 ; 5)	0,58
<i>III-Expliquer planifier</i>	2,59	±1,45	3,00 (0 ; 6)	4,96	±1,68	5,00 (1 ; 7)	< 0,01*
<i>IV-Relation</i>	3,63	±1,08	4,00 (1 ; 5)	3,56	±0,89	3,00 (2 ; 6)	0,67
<i>V-Structurer</i>	2,96	±0,76	3,00 (0 ; 4)	2,78	±0,89	3,00 (1 ; 4)	0,25
<i>VI-Terminer</i>	2,11	±1,01	2,00 (0 ; 4)	2,96	±0,90	3,00 (0 ; 4)	< 0,01*

* < 0,000 1
 ** = 0,001

La distribution des scores ne respectait pas la loi normale, ni au premier (**figure 3**) ni au dernier ED (**figure 4**).

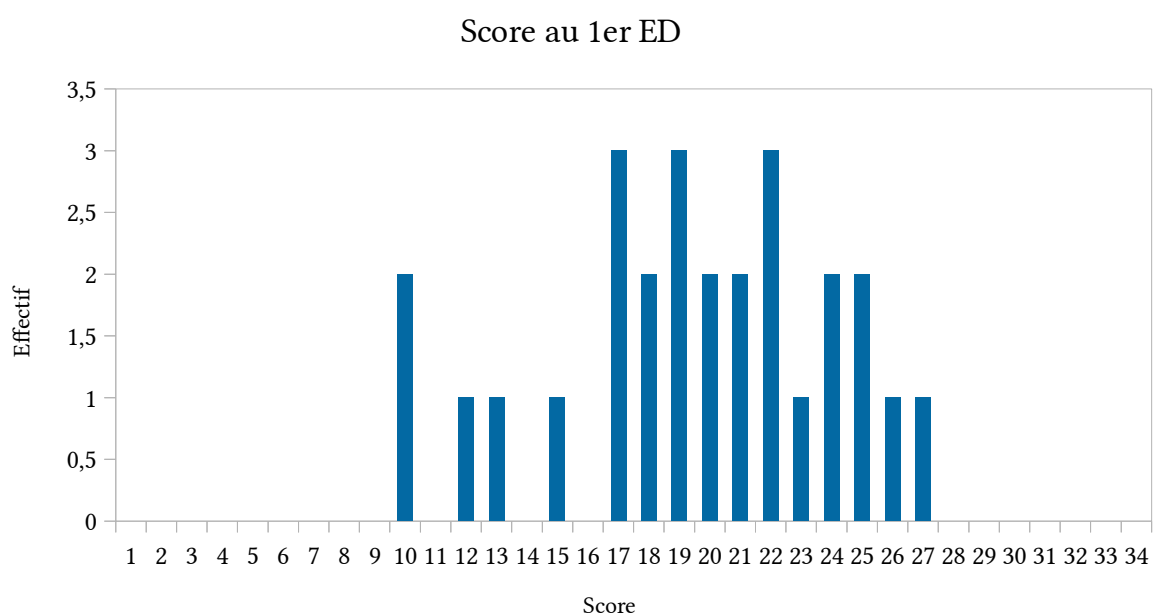


Figure 3: Distribution des scores globaux au premier ED.

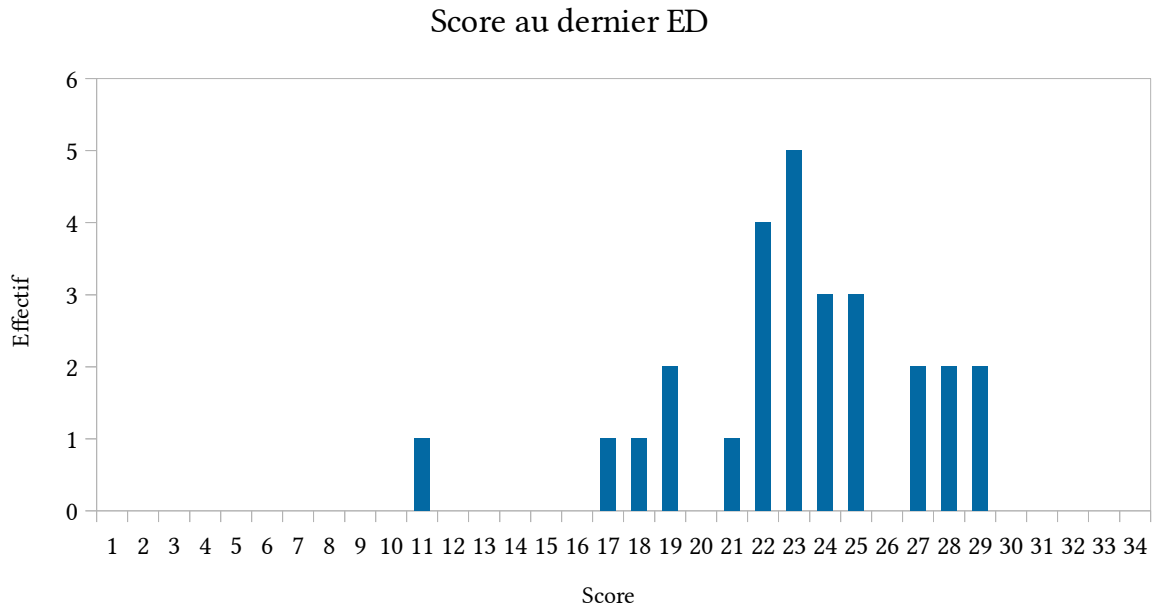


Figure 4: Distribution des scores au dernier ED.

5. Analyse en sous-groupes

a) Sujets masculins comparés aux sujets féminins

Il y a eu deux différences significatives entre sujets masculins et féminins lors de cette étude. La première a concerné l'item V-Structurer lors du premier ED. À cet item, les sujets masculins ont eu une moyenne de 3,30 points (écart type $\pm 0,48$) et les sujets féminins une moyenne de 2,76 points (écart type $\pm 0,83$), avec un $p = 0,04$. La deuxième a concerné la progression à ce même item, les sujets masculins ont eu une évolution de -0,70 points (écart type $\pm 0,68$) et les sujets féminins une évolution de 0,12 points (écart type $\pm 1,11$), avec un $p = 0,03$.

Il n'y a pas eu de différence significative au niveau des scores globaux, ni dans les autres items que le V. Il n'y a pas eu de différence significative non plus entre les progressions globales ni dans les autres items que le V. Les résultats pour les scores et la progression globale sont présentés dans le **tableau 4**, les résultats pour les scores et progressions par items sont présentés en **annexe 6**.

Tableau 4 : Comparaison du score global des sujets masculins et féminins au premier ED, au dernier ED et comparaison de leur progression.

	Sujets masculins (n=10)			Sujets féminins (n=17)			Valeur du <i>p</i>
	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	
Premier ED	20,40	±4,09	19,50 (12 ; 26)	18,94	±4,97	20,00 (10 ; 27)	0,45
Dernier ED	22,60	± 5,19	23,50 (11 ; 28)	23,35	±3,24	23,00 (17 ; 29)	0,94
Progression	2,20	±3,29	1,00 (-2 ; 9)	4,41	±4,46	5,00 (-2 ; 15)	0,24

b) Sujets avec un score supérieur à la moyenne au premier ED comparés aux sujets avec un score inférieur à la moyenne

La moyenne de l'échantillon au premier ED a été de 19,48 points. 14 étudiants ont eu un score à ce premier ED supérieur à la moyenne de l'échantillon. 13 étudiants ont eu un score inférieur.

L'amélioration a été significativement différente chez le sous-groupe de mauvais communicants (gain de 5,46 points en moyenne) par rapport au sous-groupe de bons communicants (gain de 2,14 points en moyenne), comme exposé dans le **tableau 5**.

Tableau 5 : Progression des mauvais communicants comparée à celle des bons communicants.

	Mauvais communicants (n=13)		Bons communicants (n=14)		p
Progression globale					
Moyenne (± écart type)	5,46	(±4,56)	2,14	(±2,69)	0,04
Médiane (étendue)	6,00	(-1 ; 15)	1,50	(-2 ; 8)	

6. État des lieux de l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine de France

Pour 5 des 36 facultés de médecine françaises, aucune information n'était disponible sur le site Internet et aucune réponse n'a été donnée à notre sollicitation mail.

Le résultat de l'enquête est résumé dans la **figure 5**.

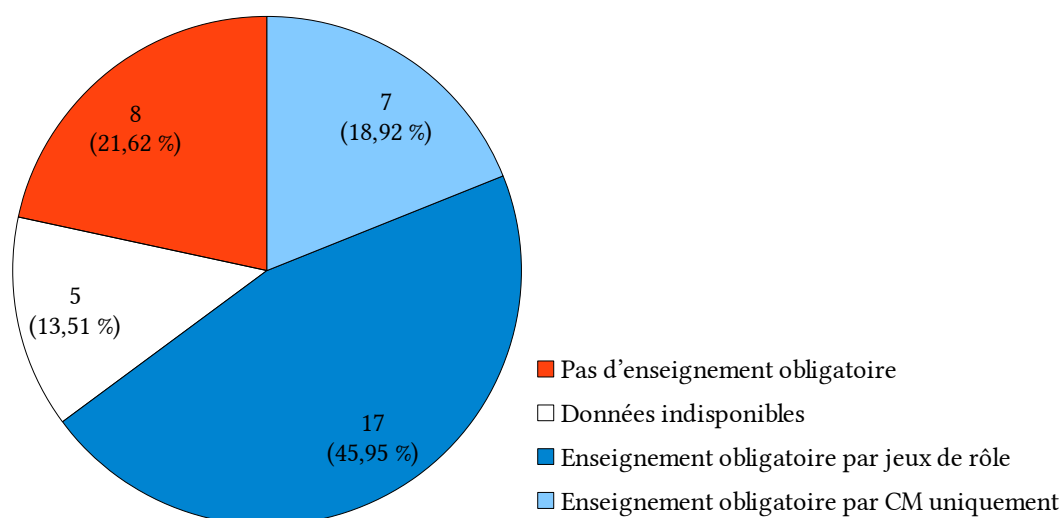


Figure 5: Proportion des facultés de médecine proposant un enseignement de la relation médecin-patient.

Parmi les 15 facultés de médecine ne proposant pas d'enseignement obligatoire par jeux de rôle, 8 proposent un enseignement facultatif, dont 4 par jeux de rôle et 2 par groupes de pairs ou groupes Balint^a.

Les facultés de médecine proposant un enseignement obligatoire par jeux de rôle étaient nombreuses à proposer également des enseignements facultatifs par jeux de rôle, récits cliniques, analyse vidéo, etc.

Les résultats complets de l'enquête sont disponibles en **annexe 7**.

^a Les **groupes Balint** réunissent des soignants de toutes professions et des leaders (animateurs) de formation psychanalytique. <https://www.balint-smb-france.org/>

IV. Discussion

1. Rappel des résultats

Les ED à type de jeux de rôles, pratiqués à la faculté de médecine de Tours, sont efficaces pour améliorer la compétence communication des étudiants de médecine de DFGSM3. La progression globale est due à une progression dans les items I-Débuter l'entretien, III-Expliquer et planifier, VI-Terminer l'entretien. Cela est cohérent avec l'objectif de ces ED d'initier les étudiants au déroulement d'une consultation et de leur donner des bases de communication et démontre l'efficacité de la méthode d'enseignement choisie.

Cette étude ne met pas en évidence de différence significative entre la compétence communication globale des sujets masculins et féminins, bien que les sujets masculins semblent avoir une meilleure capacité à structurer leur entretien initialement.

Cette étude retrouve une meilleure efficacité de l'enseignement pour améliorer les compétences des étudiants dont la communication est la moins bonne initialement. Cela semble cohérent avec l'objectif des ED d'inculquer des bases de communication ; en effet les bons communicants maîtrisent déjà tout ou partie de ces bases, ce qui limite l'impact de l'enseignement sur leur compétence.

Enfin, l'enseignement par jeux de rôle de la communication et relation médecin-patient, bien que répandu, reste minoritaire en France.

2. Limites

Cette étude a plusieurs limites.

- elle ne permet pas de comparer l'efficacité des ED réalisés à celle d'autres types d'enseignements.

- biais de sélection : la méthode de sélection partiellement aléatoire de l'échantillon impacte négativement la représentativité de ce dernier. Cet impact est cependant limité par le fait que l'échantillon et la population cible soient similaires en termes de sexe et d'âge.

- biais d'interprétation : l'utilisation des sujets comme leur propre témoin ne permet pas de conclure formellement sur une relation de cause à effet entre la participation aux ED et l'amélioration de la compétence communication. Elle pourrait être due à d'autres facteurs,

tels la lecture d'un livre, une formation extérieure, le visionnage d'un film, la participation à un stage clinique. Cependant le temps de réalisation de l'étude semble trop court pour cela, et deux études récentes^{35,36} démontrent que la compétence communication des étudiants ne s'améliore pas sans la participation à un enseignement dédié.

— l'échelle Calgary Cambridge simplifiée utilisée n'a pas toujours été adaptée pour évaluer les scénarii utilisés. L'absence d'examen clinique lors du dernier scénario par exemple, alors que le premier scénario en contient un, a pu influencer sur les scores de certains sujets et entraîner une sous-estimation de leur progression. L'utilisation du même scénario au début et à la fin des ED aurait permis une comparaison plus fiable.

— biais d'évaluation : l'absence d'aveugle a pu pousser l'investigateur, consciemment ou non, à évaluer plus favorablement le dernier ED. Cela est limité par le fait que l'évaluateur ne disposait pas de l'évaluation au premier ED lorsqu'il évaluait le dernier. Les sujets ont pu mieux performer, se sachant évalués. Cependant cela impacte probablement les résultats du premier et du dernier ED de la même manière.

— la présence d'un seul investigateur a pu entraîner un biais de mesure si ce dernier a fait des erreurs dans l'évaluation des items. Cela a été limité par la simplicité de l'échelle utilisée, avec des items les plus clairs possibles, et par l'entraînement de l'investigateur au maniement de l'échelle. De plus si ce biais est présent il a probablement impacté de la même manière la première et dernière évaluation.

— l'élimination des perdus de vue de l'analyse statistique ne permet pas une analyse en condition réelle de l'impact de cet enseignement.

3. Forces

— l'échelle Calgary Cambridge est validée internationalement et permet une meilleure comparabilité des résultats avec ceux d'autres études, passées ou futures.

— l'évaluation au premier et au dernier ED par le même investigateur permet une meilleure reproductibilité des résultats et augmente la cohérence interne de cette étude.

— la formation de l'investigateur à l'utilisation de l'échelle Calgary Cambridge, ainsi que sa simplicité, augmente la fiabilité des scores des sujets.

— la bonne représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible, avec équivalence tant au niveau de la répartition des sexes que des âges.

— la bonne acceptation de l'étude par les étudiants, les enseignants et le département de SSH.

4. Mise en perspective avec la littérature

D'autres études ont évalué l'impact de différentes formations sur la compétence communication ou les compétences relationnelles des étudiants lors de leur apprentissage préclinique ou clinique.

Les jeux de rôle de pair sont reconnus comme faisant progresser les étudiants dans plusieurs autres études dans divers pays.

D'autres études ont montré que des jeux de rôle avec des patients standardisés sont efficaces pour améliorer la compétence communication, comme celle de Lee et Lee²⁸ en Corée du Sud en 2014. En Allemagne suite à des modifications du programme des études de médecine, en 2004, deux études^{26,31} publiées en 2011 et 2012 montrent des résultats concordants. C'est également le cas en Espagne³⁷, en Hongrie²⁵ et en Nouvelle-Zélande³⁸ en 2017.

Bosse et al³² ont comparé en 2012 les jeux de rôle de pairs avec la méthode des patients standardisés. Les deux permettent de développer les compétences génériques de la relation médecin-patient, mais les jeux de rôle de pair semblent favoriser une meilleure empathie.

D'autres méthodes ont été évaluées mais par moins d'études et sans comparaison avec d'autres méthodes de référence. Toutes semblent améliorer la compétence communication des élèves. Certains cours se basent sur la discussion autour d'enregistrements de patients racontant leurs expériences à l'hôpital³⁹ ; d'autres utilisent un tutorat, soit par des étudiants des années supérieures⁴⁰, soit par des étudiants sélectionnés pour leurs compétences en termes de communication et d'empathie⁴¹. Le Massachusetts Institute of Technology et Harvard proposent des entretiens simulés avec de vrais patients volontaires, qui délivrent un retour immédiat à l'étudiant³⁰.

Concernant la différence entre sujets masculins et féminins sur la compétence communication, peu d'études ont été réalisées, mais leurs résultats ne concordent pas avec ceux de celle-ci. Une publication allemande⁴² de 2016 montre une meilleure compétence communication chez les sujets féminins que masculins. Une autre étude montre une propension pour les sujets masculins à surévaluer leurs compétences dans le domaine. Il a été démontré par ailleurs une moins bonne confiance en soi des sujets féminins⁴³. Cela entraîne une sous-estimation de leurs compétences surtout dans le domaine de la

communication⁴⁴. Tandis que les sujets masculins ont tendance à surestimer leur compétence communication⁴⁵.

Notre recherche n'a pas retrouvé d'étude comparant un impact différentiel des jeux de rôle sur les mauvais et bons communicants.

D'autres échelles francophones existent mais sont d'utilisation moins répandue que la grille Calgary Cambridge, et ne sont pas validées internationalement. Par exemple la grille d'évaluation de Luc Côté⁴⁶, la CMM-15⁴⁷ et l'échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale de C. Boguet et C. Ariot⁴⁸.

5. Mise en perspective avec les pratiques françaises d'enseignement de la communication

En France, tandis que la relation et la communication médecin-patient fait partie des objectifs du programme des études de médecine, un tiers des facultés de médecine ne proposent pas d'enseignement spécifique dans ce domaine.

Beaucoup de facultés de médecine proposent à leurs étudiants des enseignements sur la base du volontariat et avec un nombre limité de place, mêlant diverses méthodes.

Bien que l'utilisation des jeux de rôle pour cet enseignement reste encore minoritaire, elle est assez répandue. Cette méthode pédagogique est reçue favorablement par les étudiants.

6. Conclusion

a) Perspectives d'études

Il serait intéressant de disposer d'études comparant l'enseignement par jeux de rôles à d'autres méthodes pédagogiques pratiquées en France, à l'aide d'études multicentriques.

La comparaison de jeux de rôles avec des scénarii différents est une autre piste d'exploration.

La validation d'une échelle d'évaluation francophone, adaptée à cet enseignement, permettrait également aux enseignants d'apprécier la progression des étudiants et de s'adapter plus finement à chaque groupe.

Une nouvelle étude avec évaluation initiale et finale de chaque étudiant par plusieurs évaluateurs permettrait d'augmenter la fiabilité des scores obtenus.

L'utilisation d'un scénario identique au premier et au dernier ED, permettant l'évaluation de toutes les dimensions de la compétence communication selon l'échelle Calgary-Cambridge, permettrait une meilleure finesse des données.

La perspective d'une étude randomisée (groupe assistant à une formation et groupe assistant à une autre) en aveugle voire double aveugle, bien que difficile à mettre en pratique, permettrait d'acquérir des données de meilleure qualité et de limiter les biais de cette étude.

Étudier les raisons pour lesquelles certaines facultés de médecine ne proposent pas d'enseignement spécifique de la communication ou de la relation médecin-patient, permettrait peut-être d'aider à généraliser un tel enseignement.

b) Perspectives pour l'enseignement

Il découle de cette étude qu'il est important que la faculté de médecine de Tours continue à proposer à ses étudiants ce type d'enseignement (voire l'approfondisse en augmentant le nombre de séances en salle de simulation ou en proposant des jeux de rôle avec acteurs).

Cette étude suggère également qu'il y aurait un bénéfice certain à généraliser ce type d'enseignement à tous les étudiants de médecine de France.

La multiplication des scénarii permettrait de faire progresser les étudiants sur l'ensemble des items de l'échelle Calgary Cambridge et d'approfondir cette formation de base.

La standardisation de l'enseignement entre les différents groupes, basée sur la comparaison des méthodes pédagogiques, permettrait peut-être une progression plus homogène.

Un enseignement plus approfondi pour les étudiants déjà bons communicants, ciblant leurs points de faiblesse, permettrait de mieux les faire progresser.

V. Bibliographie

1. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J* 2010;10:38-43.
2. Rowland-Morin PA, Carroll JG. Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor-patient interviews. *Eval Health Prof* 1990;13:168-85.
3. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991;32:175-81.
4. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26:657-75.
5. Haskard Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826-34.
6. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 1995;152:1423-33.
7. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* Internet John Wiley & Sons, Ltd, 2012: Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract>.
8. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009;74:295-301.
9. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. - PubMed - NCBI. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11668137>.
10. Beaudoin C, Lussier MT, Gagnon RJ, Brouillet MI, Lalande R. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: an exploratory study of content and determinants. *Patient Educ Couns* 2001;45:275-84.
11. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-70.
12. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
13. Halpern J. Empathy and Patient-Physician Conflicts. *J Gen Intern Med* 2007;22:696-700.
14. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700.

15. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. JAMA 1984;252:2441-6.
16. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA 1999;281:283-7.
17. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. Ann Intern Med 1996;125:730-7.
18. Braverman G, Bereknyei Merrell S, Bruce JS, Makoul G, Schillinger E. Finding the Words: Medical Students' Reflections on Communication Challenges in Clinic. Fam Med 2016;48:775-83.
19. Beaulieu MD, Leclère H, Bordage G. Taxonomy of difficulties in general practice. Can Fam Physician Med Fam Can 1993;39:1369-75.
20. Voixmedicales P. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultations (thèse de S. DARETHS, décembre 2011). 2012. Disponible sur : <http://www.voixmedicales.fr/2012/02/07/evaluation-de-la-qualite-decoute-des-medecins-generalistes-en-consultations-these-de-s-dareths-decembre-2011/>.
21. Knapp ML, Daly JA. Handbook of Interpersonal Communication. SAGE, 2002.
22. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg Internet 2002; Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/8a1a/df93682c57ca5e64ac1b844f9ebd77e4edee.pdf>.
23. Attali C, Bail P, Magnier A, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Médecine Générale 2006;20:525.
24. Franco C, Franco R, Severo M, Ferreira MA. A Brief Course on Clinical Communication Skills: A Multi- Centered Study. Acta Med Port 2016;29:809-18.
25. Koppán Á, Eklicsné Lepenye K, Halász R, et al. [Actor as a simulated patient in medical education at the University of Pécs]. Orv Hetil 2017;158:1022-7.
26. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills?--a follow-up study. BMC Res Notes 2012;5:486.
27. Labaf A, Jamali K, Jalili M, Baradaran HR, Eizadi P. Effect of repetitive feedback on residents' communication skills improvement. Acta Med Iran 2014;52:557-61.
28. Lee Y-M, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. Korean J Med Educ 2014;26:179-87.
29. Ayuob NN, Qadi MA, El Deek BS, Boker AM. Evaluation of a communication skills training course for medical students using peer role-play. JPMA J Pak Med Assoc 2017;67:745-51.

30. Ali NB, Pelletier SR, Shields HM. Innovative curriculum for second-year Harvard-MIT medical students: practicing communication skills with volunteer patients giving immediate feedback. *Adv Med Educ Pract* 2017;8:337-45.
31. von Lengerke T, Kursch A, Lange K, APG-Lehrteam MHH. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study based on students' self-assessments. *GMS Z Für Med Ausbild* 2011;28:Doc54.
32. BOSSE HM, SCHULTZ JH, NICKEL M, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *PATIENT Educ Couns* 2012;87:300-6.
33. Bonnaud A, Pottier P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale* 2004;5:159-66.
34. EVEN G. Enseigner la relation médecin-malade Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pedagog MEDICALE* 2006;7:165-73.
35. Bachmann C, Roschlaub S, Harendza S, Keim R, Scherer M. Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Educ Couns* 2017;
36. Haak R, Rosenbohm J, Koerfer A, Obliers R, Wicht MJ. The effect of undergraduate education in communication skills: a randomised controlled clinical trial. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur* 2008;12:213-8.
37. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, García Leonardo C, Caballero F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Patient Educ Couns* 2017;
38. Bartlett M, Gay SP, Kinston R, McKinley R. Taking on the doctor role in whole-task simulation. *Clin Teach* 2017;
39. Sweeney K, Baker P. Promoting empathy using video-based teaching. *Clin Teach* 2017;
40. Nomura O, Onishi H, Kato H. Medical students can teach communication skills - a mixed methods study of cross-year peer tutoring. *BMC Med Educ* 2017;17:103.
41. McEvoy M, Pollack S, Dyche L, Burton W. Near-peer role modeling: Can fourth-year medical students, recognized for their humanism, enhance reflection among second-year students in a physical diagnosis course? *Med Educ Online* 2016;21:31940.
42. Löffler-Stastka H, Seitz T, Billeth S, Pastner B, Preusche I, Seidman C. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. *Wien Klin Wochenschr* 2016;128:663-8.
43. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. *Patient Educ Couns* 2008;72:374-81.

44. Blanch-Hartigan D. Medical students' self-assessment of performance: results from three meta-analyses. *Patient Educ Couns* 2011;84:3-9.
45. Gude T, Finset A, Anvik T, et al. Do medical students and young physicians assess reliably their self-efficacy regarding communication skills? A prospective study from end of medical school until end of internship. *BMC Med Educ* 2017;17:107.
46. Côté L, Savard A, Bertrand R. Grille Luc Côté - Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille. *Can Fam Physician* 2001;47:512-8.
47. Gibert C, Kernou A. Élaboration d'une échelle mesurant la communication médecin-malade : validation et description de ses déterminants à partir d'une étude réalisée aux urgences. 2014;91.
48. Boguet C, Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. 2015;96.

VI. Annexes

1. Scenarii utilisés lors des Enseignements Dirigés

Chaque fiche est précédée de l'avertissement suivant :

Vous allez participer à un jeu de rôle à plusieurs personnages. Votre rôle est décrit dans cette fiche. Pour le bon déroulement de l'exercice, il est important que vous ne le communiquiez pas aux autres participants.

a) Scenario 1 : Conduite d'une consultation standard

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste, installé depuis 10 ans dans un quartier plutôt défavorisé d'une ville de moyenne importance. Vous allez chercher le prochain patient en salle d'attente.

Votre secrétariat vous a communiqué qu'il s'agit de M. DURAND, 47 ans, qui ne s'est jamais présenté à votre cabinet.

Fiche patient

Vous êtes un homme de 47 ans, cadre commercial chez BLABLA SA, en charge d'un large secteur géographique qui vous amène à être en déplacement plusieurs jours de suite par semaine. Lors d'un déplacement professionnel, ne pouvant rentrer chez vous, car vous avez encore des clients à voir le lendemain, vous décidez de consulter un médecin généraliste du quartier dans lequel vous avez à intervenir sur le plan professionnel.

Depuis 24 heures, vous avez des frissons, une congestion nasale avec discrètes céphalées, un mal de gorge avec des difficultés de déglutition. Vous n'avez pas d'antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers. Non fumeur, marié, trois enfants, pratique régulière du footing. Si le médecin vous examine la gorge, vous lui indiquez qu'il y retrouve une gorge rouge avec des dépôts blanchâtres évoquant les signes d'une angine érythémateuse. Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une fièvre à 38°5.

b) Scenario 1 : Conduite d'une consultation standard (variante)

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste, installé depuis 10 ans dans un quartier plutôt favorisé d'une ville de moyenne importance. Vous allez chercher le prochain patient en salle d'attente.

Votre secrétariat vous a communiqué qu'il s'agit de M. DURAND, 47 ans, qui est déjà venu à 3 reprises votre cabinet au cours des trois dernières années (une plaie du cuir chevelu ayant nécessité deux points, un syndrome grippal, un certificat médical pour participation au cross des pompiers). Le dossier médical rapporte en outre qu'il s'agit d'un homme marié, cadre dans une PME de la région, marié, père de 3 enfants aussi patients de votre cabinet.

Fiche patient

Vous êtes un homme de 47 ans, cadre commercial chez BLABLA SA, en charge d'un large secteur géographique qui vous amène à être en déplacement plusieurs jours de suite par semaine. De retour d'un déplacement professionnel de plusieurs jours, vous décidez de consulter votre médecin traitant.

Depuis 24 heures, vous avez des frissons, une congestion nasale avec discrètes céphalées, un mal de gorge avec des difficultés de déglutition. Vous n'avez pas d'antécédent médical ou chirurgical particulier. Non fumeur, marié, trois enfants, pratique régulière du footing. Si le médecin vous examine la gorge, vous lui indiquez qu'il y retrouve une gorge rouge avec des dépôts blanchâtres évoquant les signes d'une angine érythémateuse. Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'une fièvre à 38°5.

c) Scenario 2 : Refus de soins, refus d'hospitalisation

Fiche médecin

Vous êtes psychiatre aux urgences. Vous recevez un patient de 19 ans, étudiant, accompagné par son oncle, chez qui il est hébergé pendant ses études. Ses parents habitent à 200 km. L'infirmière d'orientation des urgences vous informe que l'oncle est très inquiet du fléchissement scolaire de son neveu et de la présence d'idées noires, et que c'est dans ce contexte qu'il a insisté pour l'accompagner aux urgences.

Fiche patient

Vous êtes étudiant·e en 1^{re} année d'école d'Arts, dans une ville universitaire à 200 km de chez vos parents. Vous êtes hébergé·e chez votre oncle avec qui les relations se sont quelque peu dégradées ces derniers temps et qui insiste pour vous accompagner aux urgences.

Vous présentez tous les signes d'une dépression majeure : tristesse, idées de dévalorisation, fatigue, anhédonie (perte de l'envie et du plaisir), perte du sommeil et de l'appétit, diminution de la libido, vous ruminez des idées noires et vous avez exprimé à plusieurs reprises l'idée de vouloir mourir... Vous avez envisagé le passage à l'acte suicidaire (vous avez accumulé secrètement plusieurs boîtes de psychotropes).

Vous ne voulez surtout pas être hospitalisé·e, et résistez à toute proposition d'hospitalisation en psychiatrie.

Fiche oncle

Vous accompagnez aux urgences votre neveu (nièce), étudiant·e en Arts de 19 ans que vous hébergez, ses parents habitant à 200 km. Depuis 3 semaines vous le (la) trouvez très triste, très ralenti·e, très hostile vis-à-vis de vous, mais vous êtes inquiet des idées noires qu'il (elle) a exprimées et vous l'avez convaincu·e de vous accompagner aux urgences pour une consultation avec un psychiatre.

Fiche parents

Vous êtes l'un des parents d'un étudiant en Art de 19 ans. Comme vous habitez à 200 km, il est hébergé chez votre petit frère et votre belle sœur. Vous êtes sans nouvelles de lui depuis deux mois.

d) Scénario 2 : Refus de soins, refus d'hospitalisation (variante)

Fiche médecin

Vous êtes psychiatre aux urgences. Vous recevez un patient de 19 ans, étudiant, accompagné par son oncle très inquiet, chez qui il est hébergé pendant ses études. Ses parents habitent à 200 km. L'infirmière d'orientation des urgences vous informe que l'oncle est très inquiet du fléchissement scolaire de son neveu et d'avoir trouvé « de la drogue » dans sa chambre et que c'est dans ce contexte qu'il a insisté pour l'accompagner aux urgences.

Fiche patient

Vous êtes étudiant·e en 1^{re} année d'école d'Arts, dans une ville universitaire à 200 km de chez vos parents. Vous êtes hébergé·e chez votre oncle qui insiste pour vous accompagner aux urgences. Les relations avec votre oncle se sont gravement dégradées depuis qu'il a trouvé une barrette de cannabis dans votre chambre.

Vous vous présentez renfrogné·e, peu coopérant·e, vous n'avez aucune plainte, mais vous reconnaissez une consommation régulière mais « peu importante » de cannabis (deux à trois joints par semaine...) ainsi que la participation à quelques soirées estudiantines bien arrosées, « rien de bien méchant... ».

Fiche oncle

Vous accompagnez aux urgences votre neveu (nièce), étudiant·e en Arts de 19 ans que vous hébergez, ses parents habitants à 200 km. Vous étiez inquiet depuis plusieurs semaines de le (la) voir rentrer chez vous passablement éméché·e après des fêtes étudiantes alors que ses résultats scolaires semblent fléchir singulièrement. Votre femme (mari) a trouvé fortuitement une barrette de cannabis dans sa chambre. Vous êtes très choqué·e de découvrir que vous hébergez « un drogué ». Vous l'avez convaincu·e de vous accompagner aux urgences pour une consultation avec un psychiatre et demander avec insistance une hospitalisation pour « désintoxication ».

Fiche parents

Vous êtes l'un des parents d'un étudiant en Art de 19 ans. Comme vous habitez à 200 km, il est hébergé chez votre petit frère et votre belle sœur. Vous êtes sans nouvelles de lui depuis deux mois.

e) **Scenario 3 : Demande d'un arrêt de travail**

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste. Vous recevez une patiente de 35 ans, femme de ménage dans un groupe d'entretien industriel, divorcée, ayant un enfant de 8 ans. Vous l'aviez vue une première fois il y a 2 semaines pour un lumbago. Vous lui aviez prescrit un traitement adapté et un arrêt de travail d'une semaine.

Huit jours après la reprise, elle est revenue pour demander un nouvel arrêt de travail. Votre examen clinique est rassurant.

Fiche Patiente

Vous êtes une femme de 35 ans, femme de ménage dans un groupe d'entretien industriel, divorcée, avec un enfant de 8 ans. Vous avez consulté il y a 2 semaines pour un lumbago, pour lequel votre médecin traitant vous a prescrit un traitement adapté et un arrêt de travail d'une semaine.

Huit jours après la reprise, vous revenez le consulter pour demander un nouvel arrêt de travail. Vous pensez qu'il est absolument nécessaire d'être arrêtée dans l'espoir d'obtenir un changement de poste que le médecin du travail pourrait justifier par ce nouvel arrêt. Considérant le lumbago comme conséquence de votre travail, vous entendez bien obtenir réparation par le biais de cet arrêt supplémentaire que vous pensez pouvoir utiliser pour améliorer votre condition professionnelle. Vous lui demandez de préciser dans le certificat que votre état de santé est incompatible avec le maintien dans votre poste actuel.

Vous insistez. S'il refuse vous lui demandez pourquoi il l'a déjà fait pour sa voisine. S'il refuse toujours, vous le menacez de procès.

f) Scenario 3 : Demande d'un arrêt de travail (variante)

Fiche Patiente

Vous êtes une femme de 35 ans, femme de ménage dans un groupe d'entretien industriel, divorcée, avec un enfant de 8 ans. Vous avez consulté il y a 2 semaines pour un lumbago, pour lequel votre médecin traitant vous a prescrit un traitement adapté et un arrêt de travail d'une semaine.

Huit jours après la reprise, vous revenez le consulter pour demander un nouvel arrêt de travail. Vous mettez en avant la persistance des douleurs qui rendraient impossible la poursuite de votre travail.

Vous avez honte de votre situation actuelle. Vous êtes en effet l'objet de récriminations répétées de votre supérieur hiérarchique. Vous le soupçonnez d'être plus sévère depuis que vous avez résisté fermement à ses avances répétées. Vous êtes triste, vous avez le sentiment d'être incapable, bonne à rien. Vous êtes fatiguée, vous avez perdu le sommeil (réveil matinal sans possibilité de vous rendormir), vous avez perdu 3 kg en un mois, vous avez des idées

noires avec des idées suicidaires, sans toutefois de projet précis de passage à l'acte. Tous ces éléments dépressifs vous paraissent trop indignes pour pouvoir être évoqués spontanément. Vous êtes d'ailleurs persuadée qu'on ne saurait rien faire sur le plan médical pour soulager votre désarroi actuel.

Si le médecin refuse d'établir le certificat, vous insistez d'abord avec une certaine véhémence, puis progressivement vous évoquez les éléments pouvant faire suspecter votre dépression : votre désarroi, votre inquiétude, votre fatigue, votre tristesse, vos idées noires...

g) Scénario 4 : Demande d'un proche pour obtenir/donner des informations

Fiche médecin

Vous êtes le médecin responsable d'un service de médecine interne. Pendant la visite, vous entrez dans la chambre d'un patient de 81 ans hospitalisé en médecine interne au décours d'une chute et qui présente des troubles de mémoire modérés. Son fils/sa fille est présent-e dans la chambre quand vous y pénétrez.

Vous vous apprêtez à lui annoncer son retour à domicile pour l'après midi, son état de santé vous semblant compatible avec ce retour. Vous avez déjà affecté son lit à un patient actuellement aux urgences.

Fiche patient

Âgé-e de 81 ans, vous avez été admis en médecine interne au décours d'une chute. Votre fils/fille est présente dans votre chambre lors du passage du médecin pour la visite.

Vous avez quelques troubles de mémoire mais vous vous sentez plutôt en forme et êtes impatient de rentrer chez vous.

Fiche enfant

Vous avez 50 ans et êtes la fille/le fils d'un monsieur/d'une dame de 81 ans hospitalisé-e en médecine interne au décours d'une chute et qui présente des troubles de mémoire. Vous êtes présent-e dans la chambre lors de la visite du médecin.

Vous demandez au médecin de le rencontrer seul à seul. Vous souhaitez en effet évoquer le placement de votre père/mère en maison de retraite mais souhaitez ne pas froisser et protéger votre père/mère.

h) Scénario 4 : Demande d'un proche pour obtenir/donner des informations (variante)

Fiche enfant (variante)

Vous avez 50 ans et êtes la fille/le fils d'un monsieur/d'une dame de 81 ans hospitalisé-e en médecine interne au décours d'une chute et qui présente des troubles de mémoire. Vous êtes présent-e dans la chambre lors de la visite du médecin.

Vous informez discrètement le médecin que pendant l'hospitalisation de votre parent, vous avez trouvé une place d'hébergement qui pourra l'accueillir à la sortie, car vous êtes inquiet-e d'un retour à domicile, et vous pensez qu'un hébergement pour personnes âgées sera le mieux pour elle/lui. Vous demandez au médecin de ne rien dire au/à la patient-e pour le/la protéger et ne pas le/la blesser, et d'organiser son transfert directement.

i) Scénario 5 : Non compliance dans le cadre d'une maladie chronique

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste et vous recevez à votre consultation du samedi matin sans rendez-vous, un-e patient-e de 42 ans, cadre supérieur-e dans une multinationale de l'agro-alimentaire, marié-e, deux enfants de 11 et 9 ans. Il/elle est accompagné-e de son fils aîné, pour lui faire établir un certificat de non contre indication à la pratique du sport.

Il y a 8 mois, vous aviez initié chez ce-tte patient-e un traitement anti-hypertenseur suite à une crise hypertensive maligne dont le bilan étiologique a conclu à une HTA essentielle, mais qui s'était révélée être associée à d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires : consommation de tabac à un paquet par jour et hypercholestérolémie ($\pm$ œstroprogestatif de 3^e génération).

En lui tendant le certificat pour son fils, vous lui demandez incidemment comment il/elle-même va, comment elle supporte le traitement et les contraintes du régime...

Fiche patient

Vous êtes un homme/une femme de 42 ans, cadre supérieur-e dans une multinationale de l'agro-alimentaire, marié-e, deux enfants de 11 et 9 ans. En ce début d'année scolaire, vous

accompagnez votre bambin à la consultation du samedi matin sans rendez-vous, pour l'obtention d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport.

Ce médecin est votre généraliste depuis 5 ans et il vous a prescrit, il y a 8 mois, un traitement anti-hypertenseur suite à une crise hypertensive maligne dont le bilan étiologique a conclu à une HTA essentielle. Elle est associée à d'autres facteurs de risque : consommation de tabac à un paquet par jour et hypercholestérolémie ($\pm$ œstroprogestatif de 3^e génération).

En vous tendant le certificat pour votre enfant, il vous demande incidemment comment vous allez et comment vous supportez le traitement anti-HTA et le régime, alors que vous avez tout arrêté il y a déjà 6 mois, considérant leur inefficacité et leur incompatibilité avec les contraintes de votre vie professionnelle...

j) Scenario 6 : Annonce d'un résultat suspect de gravité

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste. Votre patient de 48 ans vous a consulté pour une toux avec hémoptysie (sang dans les crachats). Vous lui avez fait réaliser une fibroscopie bronchique. Vous le revoyez pour lui communiquer les résultats de la biopsie qui fait état de la présence de cellules anaplasiques (évocatrice d'une forme grave de cancer).

Vous allez chercher le patient en salle d'attente. Vous reconnaissez sa compagne qui est assise à côté de lui.

Fiche patient

Vous êtes un homme de 48 ans, fumeur, ouvrier chez BLABLA SA. Vous aviez consulté il y a trois semaines à l'occasion de sang apparu dans vos crachats. Le médecin vous avait prescrit une fibroscopie bronchique.

Vous venez à nouveau consulter pour chercher les résultats de la biopsie.

Fiche compagne

Vous êtes mariée, mère de trois enfants, sans emploi.

Vous avez poussé votre mari ouvrier chez BLABLA SA, à consulter quand il a évoqué sa surprise devant la présence de sang dans ses crachats.

Vous l'accompagnez pour cette consultation de résultats.

k) Scenario 6 : Annonce d'un résultat suspect de gravité (variante)

Fiche médecin

Vous êtes médecin pneumologue. Votre patient de 48 ans vous a été adressé par son médecin traitant qu'il avait consulté pour une toux avec hémoptysie (sang dans les crachats). Vous lui avez réalisé une fibroscopie bronchique il y a une dizaine de jour. Vous le revoyez pour lui communiquer les résultats de la biopsie qui fait état de la présence de cellules anaplasiques (évocatrice d'une forme grave de cancer).

Vous allez chercher le patient en salle d'attente. Vous reconnaissez sa compagne qui est assise à côté de lui.

Fiche patient

Vous êtes un homme de 48 ans, fumeur, ouvrier chez BLABLA SA.

Vous venez consulter le pneumologue à qui votre médecin généraliste vous avait adressé pour chercher les résultats de la biopsie (fibroscopie bronchique) qui vous a été demandée il y a 10 jours.

Vous aviez consulté initialement à l'occasion de sang apparu dans vos crachats.

Fiche compagne

Vous êtes mariée, mère de trois enfants, sans emploi.

Vous avez poussé votre mari ouvrier chez BLABLA SA, à consulter quand il a évoqué sa surprise devant la présence de sang dans ses crachats.

Vous l'accompagnez pour cette consultation de résultats.

l) Scenario 7 : Refus de poursuivre un suivi

Fiche médecin

Vous êtes médecin généraliste.

Un/une patiente vient vous voir pour le suivi de sa dépression. Vous le/la suivez depuis trois mois. Son état clinique s'est amélioré, mais il est important que vous renouveliez l'ordonnance pour les trois mois restants (bonnes pratiques).

Vous allez chercher le·la patient·e en salle d'attente. Vous reconnaissez sa·son compagne·on qui est assis·e à côté de lui·d'elle.

Fiche patient

Vous venez voir votre médecin généraliste.

Il vous prescrit, depuis trois mois, un traitement antidépresseur. Vous vous sentez bien et vous voulez arrêter ce traitement qui ne vous sert plus à rien.

De toute façon, vous ne vous sentez pas écouté·e : il vous prescrit ce traitement sans chercher à savoir ce qui ne va pas dans votre vie. Vous voulez arrêter de le voir.

2. Échelle Calgary-Cambridge simplifiée

Notation 0 à 2 : 0 non fait, 1 fait de manière incomplète, 2 complètement fait.

I – Débuter l’entrevue (3 items)	/6
A – Préparer l’entrevue	/2
B – Établir le 1er contact (accueil)	/2
Saluer le patient, obtenir son nom, se présenter, préciser son rôle, la nature de l’entrevue, obtenir le consentement du patient si nécessaire, montrer du respect et de l’intérêt au patient, veiller à son confort.	
C – Identifier la·les raison·s de consultation	/2
II – Recueillir l’information : explorer les problèmes du patient pour découvrir... (3 items)	/6
A – La perspective biomédicale	/2
B – La perspective du patient	/2
C – Les informations de base et le contexte	/2
III – Expliquer et planifier (4 items)	/8
A – Fournir la quantité et le type adéquat d’informations	/2
Fournir l’information par portions gérables à des moments appropriés, évaluer ses connaissances et ses besoins en information.	
B – Aider le patient à comprendre et retenir les informations	/2
Organiser les explications logiquement, utiliser la répétition et les résumés, utiliser un langage adapté, des aides visuelles, vérifier la compréhension.	
C – Intégrer la perspective du patient	/2
Relier ses explications aux opinions du patient, fournir au patient des opportunités pour participer, relever les indices verbaux et non-verbaux, faire exprimer au patient ses croyances et émotions.	

D – Prendre les décisions de manière partagée Partager ses réflexions cliniques, impliquer le patient après s'être assuré du degré d'implication qu'il souhaite, explorer les différentes options d'action, discuter d'un plan mutuellement acceptable, vérifier l'accord du patient.	/2
IV – Construire la relation (3 items)	/6
A – Utiliser un comportement non-verbal approprié Afficher un comportement non verbal approprié (posture, contact visuel, expression faciale, indices vocaux tels que débit, volume, tonalité), faire en sorte que la lecture ou la prise de note ou l'utilisation de l'ordinateur n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation, afficher une confiance appropriée.	/2
B – Développer une relation chaleureuse et harmonieuse Accueillir sans juger les idées et émotions du patient, utiliser l'empathie (reconnaître ouvertement les points de vue et émotions du patient) ; exprimer son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider, reconnaître les efforts du patient, travailler en partenariat ; agir avec délicatesse lors des discussions de sujets embarrassants, durant l'examen physique, en cas de douleur physique...	/2
C – Associer le patient à la démarche clinique Partager ses réflexions cliniques avec le patient, expliquer les raisons des questions et des parties de l'examen clinique, expliquer le déroulement de l'examen physique, et demander la permission.	/2
V – Structurer l'entretien (2 items)	/4
A – Rendre explicite l'organisation de l'entrevue Faire un résumé à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, annoncer verbalement les transitions.	/2
B – Prêter attention au déroulement de l'entretien Structurer l'entrevue selon une séquence logique, être attentif au temps disponible, maintenir l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir.	/2

VI – Terminer l’entrevue (2 items)	/4
A – Planifier les prochaines étapes.	/2
B – Préparer la fin de l’entrevue	/2
Résumer la session, vérifier l’accord du patient.	
TOTAL	/34

3. Courrier adressé aux enseignants des ED de SHS

Pierre DUMOT,
Interne en Médecine Générale

Email : 13dumot@dumg-tours.fr

Enseignants des ED de SHS
Faculté de Médecine de Tours
10 Bd Tonnellé
37000 Tours

Objet : évaluation des ED de Sciences Humaines et Sociales

Tours, le 24 novembre 2016

Madame, monsieur.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de doctorat en Médecine Générale, je vais évaluer l'impact des Enseignements Dirigés de Sciences Humaines et Sociales sur la compétence de communication soignant-soigné des étudiants en DFGSM 3.

Pour ce faire, j'évaluerai certains étudiants tirés au sort, lors du 1er puis du dernier ED, qui auront lieu du mois de janvier au mois d'avril 2017.

Je serai donc présent, sans y participer, lors du premier ED du groupe que vous animerez, ainsi que durant le dernier. Il est possible, en fonction des emplois du temps des étudiants et de l'organisation des ED que je doive passer d'une salle à l'autre en cours de séance, je ferai bien sûr preuve d'une totale discrétion.

Je vous remercie de votre participation, respectueusement,

Pierre DUMOT

4. Courrier adressé aux étudiants de DFGSM3

Pierre DUMOT,
Interne en Médecine Générale

Email : 13dumot@dumg-tours.fr

Promotion 2016-2017 DFGSM3
Faculté de Médecine de Tours
10 Bd Tonnellé
37000 Tours

Objet : évaluation des ED de Sciences Humaines et Sociales

Tours, le 13 novembre 2016

Madame, monsieur.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice de doctorat en Médecine Générale, je vais évaluer l'impact des Enseignements Dirigés de Sciences Humaines et Sociales sur la compétence de communication soignant-soigné des étudiants en DFGSM 3.

Pour ce faire, j'évaluerai certains étudiants tirés au sort, lors du 1er puis du dernier ED, qui auront lieu du mois de janvier au mois d'avril 2017. Je collecterai également certaines données des dossiers d'inscription, tels que leur âge, sexe, stages réalisés. Elles seront anonymisées, collectées et conservées le temps de la réalisation de l'étude et de la publication de la thèse. Elles pourront être partagées avec ma directrice de thèse, le département universitaire de Sciences Humaines et Sociales, avec le jury de la thèse, ou les revues médicales dans lesquelles elle pourrait être publiée.

Si vous êtes sélectionné, vous serez prévenu par courriel sur votre boîte mail universitaire avant la tenue des ED. Vous pouvez demander à ne pas participer à cette étude en me contactant sur mon adresse mail universitaire (pierre.dumot@etu.univ-tours.fr) ou celle-ci 13dumot@dumg-tours.fr.

Par la suite, les participants auront à tout moment un droit de modification ou de suppression des données collectées, qu'ils pourront exercer grâce à une demande par e-mail à l'adresse suivante : 13dumot@dumg-tours.fr

Les participants recevront un exemplaire numérique de ma thèse lors de sa publication.

Je vous remercie de votre participation et vous souhaite une excellente année universitaire.

Pierre DUMOT

5. Tableaux des scores de l'échantillon

a) Au premier ED

Sujet évalué	3	5	6	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
I – Débuter																											
A – Préparer	2	1	2	2	2	2	2	2	1	0	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
B – Accueil	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
C – Motif	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2
Sous-total	5	5	6	5	4	6	6	4	2	4	4	6	6	4	5	5	5	5	6	3	3	5	5	5	5	5	6
II – Recueillir																											
A – Biomédical	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
B – Patient	2	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
C – Contexte	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	0	2	2	0	2	2	1	1	1	1
Sous-total	6	3	5	4	4	3	5	4	3	5	3	3	3	3	2	5	4	2	1	3	4	1	4	3	3	2	2
III – Expliquer planifier																											
A – Fournir info	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	0	1
B – Aider	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1	0	1
C – Intégrer	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
D – Partage	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Sous-total	6	2	3	3	4	2	3	2	3	3	1	4	3	3	3	2	2	2	2	2	0	5	5	2	0	0	3
IV – Relation																											
A – Non-verbal	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2
B – Chaleur	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
C – Associer	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1
Sous-total	4	3	5	4	3	4	4	4	4	4	1	5	4	3	5	4	3	3	3	4	2	5	5	3	2	2	4
V – Structurer																											
A – Expliciter	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	0	1	2
B – Déroulement	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2
Sous-total	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	4	4	3	0	3	4
VI – Terminer																											
A – Planifier	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	0	1	2	0	0	1	0	2	1	2	0	0	2
B – Fin	1	0	1	1	2	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1
Sous-total	3	2	3	2	4	1	3	3	2	2	1	3	2	3	1	2	3	1	2	2	1	3	2	3	0	0	3
TOTAL (sur 34)	27	18	25	22	23	17	24	20	17	21	13	24	21	17	22	20	19	15	19	18	10	26	25	19	10	12	22

b) Au dernier ED

	Sujet évalué	3	5	6	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
I – Débuter	A – Préparer	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
	B – Accueil	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1
	C – Motif	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
	Sous-total	5	5	6	6	5	5	5	6	6	6	6	6	5	6	6	6	5	6	6	5	5	6	5	6	6	5	5
II – Recueillir	A – Biomédical	2	1	2	0	1	1	1	2	0	0	2	1	1	0	1	0	2	2	0	0	1	1	1	2	2	1	2
	B – Patient	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	1	0	0	1	1	2	1	0	1
	C – Contexte	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
	Sous-total	5	2	4	2	3	3	5	2	2	5	3	3	3	1	4	4	4	5	1	2	2	2	4	3	5	4	2
III – Expliquer planifier	A – Fournir info	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	0
	B – Aider	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	0	1
	C – Intégrer	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	0	0	2	1	1	1	0	1
	D – Partage	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	2	1	0
IV – Relation	Sous-total	6	3	7	4	4	5	6	6	6	6	6	7	5	6	5	5	5	6	3	3	2	7	5	7	6	1	2
	A – Non-verbal	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
	B – Chaleur	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1
	C – Associer	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
V – Structurer	Sous-total	3	2	4	5	4	3	3	4	3	5	3	6	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	2	3
	A – Expliciter	1	1	2	1	0	1	2	0	1	2	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	2
	B – Déroulement	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
	Sous-total	3	3	4	3	2	2	4	2	3	4	2	3	3	3	1	1	3	3	3	2	3	4	3	3	3	1	4
VI – Terminer	A – Planifier	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	0	2	1	2	0	2
	B – Fin	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	1
	Sous-total	3	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	0	3
	TOTAL (sur 34)	25	19	29	23	22	22	27	24	23	29	22	28	21	24	23	25	24	23	19	18	17	27	23	28	25	11	22

6. Comparaison par item des scores des sujets masculins et féminins

Tableau : Comparaison du score par item au premier ED des sujets masculins et féminins.

	Sujets masculins (n=10)			Sujets féminins (n=17)			Valeur du <i>p</i>
	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	Moyenn e	ET	Médiane (étendue)	
<i>I-Débuter</i>	5,10	±0,568	5,00 (4 ; 6)	4,65	±1,222	5,00 (2 ; 6)	0,409
<i>II-Recueillir</i>	3,20	±0,789	3,00 (2 ; 4)	3,47	±1,463	3,00 (1 ; 6)	0,569
<i>III-Expliquer planifier</i>	2,70	±1,567	2,00 (0 ; 5)	2,53	±1,419	3,00 (0 ; 6)	0,979
<i>IV-Relation</i>	3,80	±1,135	3,50 (2 ; 5)	3,53	±1,068	4,00 (1 ; 5)	0,619
<i>V-Structurer</i>	3,30	±0,483	3,00 (3 ; 4)	2,76	±0,831	3,00 (0 ; 4)	0,043
<i>VI-Terminer</i>	2,30	±0,949	2,50 (0 ; 3)	2,00	±1,061	2,00 (0 ; 4)	0,370

Tableau : Comparaison du score par item au dernier ED des sujets masculins et féminins.

	Sujets masculins (n=10)			Sujets féminins (n=17)			Valeur du <i>p</i>
	Moyenne	ET	Médiane (étendue)	Moyenn e	ET	Médiane (étendue)	
<i>I-Débuter</i>	5,50	±0,527	5,50 (5 ; 6)	5,65	±0,493	6,00 (5 ; 6)	0,461
<i>II-Recueillir</i>	3,00	±1,247	2,50 (2 ; 5)	3,35	±1,367	4,00 (1 ; 5)	0,470
<i>III-Expliquer planifier</i>	4,80	±2,044	5,00 (1 ; 7)	5,06	±1,478	6,00 (2 ; 7)	0,877
<i>IV-Relation</i>	3,70	±1,252	4,00 (2 ; 6)	3,47	±0,624	3,00 (3 ; 5)	0,570
<i>V-Structurer</i>	2,60	±0,699	3,00 (1 ; 3)	2,88	±0,993	3,00 (1 ; 4)	0,340
<i>VI-Terminer</i>	3,00	±1,155	3,00 (0 ; 4)	2,94	±0,748	3,00 (1 ; 4)	0,466

Tableau : Comparaison de la progression par item des sujets masculins et féminins.

	Sujets masculins (n=10)				Sujets féminins (n=17)				Valeur du <i>p</i>
	Moyenne	ET	Médiane (étendue)		Moyenne	ET	Médiane (étendue)		
<i>I-Débuter</i>	0,40	±0,843	0,00	(-1 ; 2)	1,00	±1,369	1,00	(-1 ; 4)	0,213
<i>II-Recueillir</i>	-0,20	±1,619	-0,50	(-2 ; 3)	-0,12	±1,317	0,00	(-2 ; 3)	0,474
<i>III-Expliquer planifier</i>	2,10	±1,595	1,50	(0 ; 5)	2,53	±1,807	3,00	(-1 ; 6)	0,697
<i>IV-Relation</i>	-0,10	±0,738	0,00	(-1 ; 1)	-0,06	±1,029	0,00	(-1 ; 2)	0,936
<i>V-Structurer</i>	-0,70	±0,675	-1,00	(-2 ; 0)	0,12	±1,111	0,00	(-2 ; 3)	0,033
<i>VI-Terminer</i>	0,70	±0,675	1,00	(0 ; 2)	0,94	±1,088	1,00	(-1 ; 3)	0,610

7. Résultats de l'enquête concernant l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine en France

Faculté de médecine	Enseignement obligatoire spécifique de la relation médecin-patient		Enseignement facultatif		Source
	Oui	Non	Utilisation de jeux de rôles	Autre modalités pédagogiques	
Aix-Marseille	Oui	Non		CM	Internet
Amiens	Non				Internet + mail
Angers	Non				Internet + mail
Antilles – Guyane	Oui	Non		CM	Internet + mail
Besaçon	Oui	Non		CM	Internet + mail
Bordeaux	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Brest	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Caen	Non				Internet + mail
Clermont-Ferrand					
Dijon	Non				Internet
Grenoble	Non				Internet + mail
La Réunion	Oui	Non		CM	Internet + mail
Lille-II	Oui	Non		CM	Internet
Institut Catholique de Lille	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Limoges	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Lyon	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Montpellier	Non				Internet + mail
Nancy – Lorraine	Oui	Oui		CM	Internet
Nantes	Oui	Oui		CM	Internet
Nice	Oui	Non		CM	Internet
Paris V – Descartes	Oui	Oui		CM	Internet
Paris VI – Pierre et Marie Curie	Oui	Oui		CM, analyse de consultations filmées	Internet + mail
Paris VII – Diderot	Oui	Oui		CM, analyse vidéo	Internet
Paris XI – Le Kremlin Bicêtre	Oui	Oui			Internet
Paris XII – Créteil	Oui	Oui		CM	Internet
Paris XIII – Bobigny	Oui	Non		CM	Internet
Paris IDF Ouest					
Poitiers					
Reims					
Rennes	Non				Internet + mail
Rouen	Oui	Oui		CM	Internet + mail
Saint-Étienne	Oui	Oui			Internet + mail
Strasbourg	Oui	Oui		CM, Lectures de textes, discussions de cas	Internet + mail
Toulouse	Oui	Oui		CM, Conférences, Groupes de pairs	Internet + mail
Tours	Oui	Oui		CM	Internet + mail

Case vide = absence d'information

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'État

D.E.S. de Médecine Générale
Présentée et Soutenue le 5 décembre 2017
Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : DUMOT

Prénoms : Pierre, Georges, Albert

Date de naissance : 01/05/1987

Nationalité : Française

Lieu de naissance : Orléans (45)

Domicile : 185 rue Febvotte, 37 000 Tours

Téléphone : 07.86.49.20.11

Directeur de Thèse : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Titre de la Thèse : Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine.

JURY

Président : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine – Tours

Membres : Professeur Hubert LARDY, Chirurgie infantile, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Catherine CANAULT, Médecine Générale – Bellegarde

Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 18/10/2017

Signature



Avis du Directeur de l'U.E.R. Tours
à Tours, le



Le Doyen,

Patrice DIOT

Signature

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Introduction : Une bonne compétence communication est essentielle dans l'exercice médical. Elle améliore la santé physique et mentale des patients. Elle améliore la santé mentale des médecins et diminue le risque judiciaire. Le besoin de formation des médecins en communication est largement reconnu. La Faculté de Médecine de Tours propose un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôles à ses étudiants. L'objectif de cette étude était de vérifier si cet enseignement améliore la compétence communication des étudiants en médecine qui y participent.

Matériel et Méthode : C'était une étude observationnelle d'une cohorte d'étudiants de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 tirés au sort parmi les participants à l'enseignement en 2017. Leur compétence communication a été comparée au début et à la fin de l'enseignement, par l'échelle de Calgary-Cambridge simplifiée.

Résultats : 34 étudiants ont été tirés au sort, 27 ont été évalués. Il y a eu une amélioration significative de leur compétence communication (3,54 points, $p < 10^{-3}$), entre le début et la fin de l'enseignement. La performance globale des sujets masculins et féminins n'a pas été différente. L'enseignement a été plus efficace pour les étudiants moins bons communicants au départ.

Discussion : L'enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle à la faculté de médecine de Tours est efficace pour améliorer la compétence communication des étudiants en médecine. Cette étude confirme la pertinence des choix pédagogiques des facultés de médecine qui l'utilisent. Elle suggère de les généraliser à tous les étudiants en médecine de France.

Vu, le Directeur de Thèse
Tours, le 23/10/2017

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'P' followed by several loops and a long horizontal stroke extending to the left.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le



DUMOT Pierre

63 pages – 5 tableaux – 5 figures

Résumé :

Introduction : Une bonne compétence communication est essentielle dans l'exercice médical. Elle améliore la santé physique et mentale des patients. Elle améliore la santé mentale des médecins et diminue le risque judiciaire. Le besoin de formation des médecins en communication est largement reconnu. La Faculté de Médecine de Tours propose un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôles à ses étudiants. L'objectif de cette étude était de vérifier si cet enseignement améliore la compétence communication des étudiants en médecine qui y participent.

Matériel et Méthode : C'était une étude observationnelle d'une cohorte d'étudiants de Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3 tirés au sort parmi les participants à l'enseignement en 2017. Leur compétence communication a été comparée au début et à la fin de l'enseignement, par l'échelle de Calgary-Cambridge simplifiée.

Résultats : 34 étudiants ont été tirés au sort, 27 ont été évalués. Il y a eu une amélioration significative de leur compétence communication (3,54 points, $p < 10^{-3}$), entre le début et la fin de l'enseignement. La performance globale des sujets masculins et féminins n'a pas été différente. L'enseignement a été plus efficace pour les étudiants moins bons communicants au départ.

Discussion : L'enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle à la faculté de médecine de Tours est efficace pour améliorer la compétence communication des étudiants en médecine. Cette étude confirme la pertinence des choix pédagogiques des facultés de médecine qui l'utilisent. Elle suggère de les généraliser à tous les étudiants en médecine de France.

Mots clés : relations médecin-patient, communication en médecine, formation professionnelle, enseignement, jeux de rôle, étudiant en médecine.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse :	<u>Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ</u>
Membres du Jury :	Professeur Hubert LARDY
	Professeur Saïd LARIBI
	Docteur Catherine CANAULT

Date de soutenance : 5 décembre 2017