Année 2019 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

David HAMARD

Né 29 Octobre 1987 à Châteaudun (28)

APPORT PERCU DU STAGE EN MEDECINE GENERALE DE NIVEAU 1 DANS L'ACQUISITION DE LA COMPETENCE COMMUNICATIONNELLE PAR LES INTERNES

Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 2019 devant un jury composé de :

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

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Laurent BRUNEREAU, Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie, Addictologie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX-JACQUET, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
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 Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BAKHOS David.....Oto-rhino-laryngologie
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
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
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
COLOMBAT Philippe.....Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
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
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FOUQUET Bernard.....Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....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
MEREGHETTI Laurent .....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....Gynécologie-obstétrique
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
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
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

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul .....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GOUILLEUX 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
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....Médecine légale
ROUMY Jérôme .....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....Thérapeutique
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique
ZEMMOURA Ilyess .....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
BOREL Stéphanie.....Orthophonie
NICOGLOU Antonine .....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire .....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien 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

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse, je vous remercie et vous prie de croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Laurent BRUNEREAU

Pour avoir accepté d'être juge de ma thèse, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, et vous prie d'y trouver l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury, je vous remercie de votre intérêt, soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Merci de la confiance que vous m'avez témoigné en acceptant de diriger cette thèse. Merci pour votre aide, votre disponibilité et vos conseils précieux dans l'élaboration de ce travail.

A tous les internes qui ont accepté de participer à ce travail de thèse

Merci pour leur aimable disponibilité au cours de nos entretiens et le partage de leurs expériences.

A Claire, mon cœur

Merci pour ton amour et ton soutien indéfectible depuis notre rencontre à Bourges. Tu as toujours été présente pour m'épauler et me faire avancer, merci pour ton aide et ton accompagnement tout au long de ce travail. Il me tarde de voir nos projets se concrétiser tant sur le plan personnel que professionnel. Je t'aime.

A Madeline, mon ange

Tu nous apportes chaque jour un grand bonheur à ta maman et moi. Notre amour pour toi ne connaît pas de limites.

A mes parents

Merci d'avoir été là pour moi depuis toujours. Vous avez fait de moi l'homme que je suis devenu. Vous avez toujours cru en moi et m'avez soutenu dans toutes mes décisions. J'espère que vous serez aussi fiers de moi que je le suis d'être votre fils.

A Julie et Marie, mes petites sœurs

Merci de m'avoir supporté en tant que grand frère toutes ces années, d'avoir été mes partenaires de consoles si souvent. Je serai toujours présent pour vous.

A toute ma famille

Merci à vous tous

A ma belle-famille

Merci à vous

A mes amis anciens comme récents

Mickaël, Caroline, Pierre, Julie, Damien, Audrey, Maxime, Anne, Ludovic, Candice, Ludovic, Coralie, Aurélien, Pierre A, Pierre, Sophie, Pierre-Antoine, Adélise, les Pickwicks.

A mes collègues et amis

Céline, Fabien, Aurore, Paul, Arken, Florence, Aurélie, Esilda, Isabelle, Marie N, Marie P, Mathieu.

A Denis, Stéphane, François et Alain, mes maitres de stage

Merci de m'avoir montré la beauté de notre métier et de m'avoir transmis votre sagesse et votre humanité au service de nos patients.

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Françoise Dolto, *Les étapes majeures de l'enfance.*

« Si moi j'étais vous, je vous écouterais ! »

Perceval, *Kaamelott*

RESUME

Contexte : La compétence communicationnelle améliore la satisfaction personnelle du médecin et du patient et permet une meilleure observance du traitement par le patient. Il est nécessaire de bien y former les futurs praticiens, mais il existe de nombreuses difficultés dans le développement de cette compétence.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport perçu du stage en médecine générale de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes.

Méthode : Enquête qualitative par 13 entretiens semi-dirigés réalisés entre avril et novembre 2018. Retranscription intégrale des entretiens puis analyse selon la méthode de la théorisation ancrée et modélisation sous forme de carte heuristique.

Résultats : Les internes ont développé des représentations riches et variées de la communication à l'issue de ce stage. Les apports à la compétence communicationnelle se faisaient par le suivi avec les patients, la proximité avec les maîtres de stage, les nombreuses rétroactions et l'observation. L'apprentissage des internes était progressif au cours de ce stage, aboutissant à l'acquisition d'un niveau intermédiaire dans la compétence communicationnelle.

Conclusion : Le stage en médecine générale de niveau 1 était un terrain privilégié pour travailler la compétence communicationnelle. Ces résultats ouvrent la réflexion sur le développement de formations dédiées pendant ce stage. Il serait également intéressant d'interroger les maitres de stages universitaires pour recueillir leur ressenti sur l'influence de l'interne sur leur propre compétence communicationnelle.

Mots clefs : compétence, communication, internes, médecine générale, apport perçu

ABSTRACT

Title : Perceived contribution of the level 1 general practice internship in the acquisition of communication skills by residents.

Context : Communication skills improve the personal satisfaction of both the physician and the patient and allows for better adherence to treatment by the patient. It is necessary to train future practitioners well, but there are many difficulties in developing this skill.

Aim : The objective of this study was to evaluate the perceived contribution of the level 1 general practice internship in the acquisition of communication skills by residents.

Method : Qualitative survey of 13 semi-directed interviews conducted between April and November 2018. Complete transcription of the interviews and analysis according to the method of anchored theorization and modelling in the form of a heuristic map.

Results : The residents developed rich and varied representations of communication at the end of this internship. Contributions to communication skills were made through follow-up with patients, proximity with GP's trainee supervisors, numerous feedbacks and observations. Student's learning was progressive during this internship, leading to the acquisition of an intermediate level in communication skills.

Conclusion : The Level 1 general practice internship was a prime opportunity to work on communication skills. These results open the thinking on the development of dedicated training during this internship. It would also be interesting to ask GP trainee supervisors about their feelings on the influence of the intern on their own communication skills.

Key words : communication, skills, residents, general practice, perceived contribution

LISTE DES ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage des Universités

CPP : Comité de Protection des Personnes

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

HAS : Haute Autorité de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisé

Table des matières

I. INTRODUCTION : 15

1. DEFINITIONS DE LA COMMUNICATION ET DE LA RELATION 15
2. INTERET D'UNE BONNE COMMUNICATION EN MEDECINE 15
3. NECESSITE D'UNE FORMATION DES FUTURS PRATICIENS 16
4. REFERENTIEL DE COMPETENCES ET DEFINITION DE LA COMPETENCE 16
5. DIFFICULTES RENCONTREES DANS LE DEVELOPPEMENT DE LA COMPETENCE COMMUNICATIONNELLE 17
6. LE STAGE EN MEDECINE GENERALE : UN MOMENT PRIVILEGIE 18
7. DIFFICULTES RAPPORTEES LORS DU STAGE EN MEDECINE GENERALE DE NIVEAU 1 18

II. METHODE : 20

III. RESULTATS : 22

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE ET DES ENTRETIENS 22
2. ANALYSE THEMATIQUE 22

2.2 Représentations des internes sur la communication à la fin du stage de médecine générale 22

2.2.1 Définitions données par les internes 22
2.2.2 Interdépendance entre communication et relation 25
2.2.3 Importance de la communication en médecine générale 27
2.2.4 Théorie et pratique de la communication 28
2.2.5 Contextualisation de la communication en médecine générale 29
2.2.6 Apports de la communication 32
2.2.7 Limites de la communication 33
2.2.8 Communication innée vs communication acquise 35

2.3 Déroulé du stage de médecine générale 37

2.3.1 Début de stage 37
2.3.1.1 Statut d'interne 37
2.3.1.2 Difficulté de la prise de décision 38
2.3.1.3 Phase socle vs ancien régime 38
2.3.1.4 Difficile de verbaliser 39
2.3.2 Observation 39
2.3.3 Supervision directe 40
2.3.4 Supervision indirecte 42

2.4 Particularité du niveau 1 43

2.4.1 Place du MSU 43
2.4.2 Suivi des patients 45
2.4.3 Proximité avec les patients 46
2.4.4 Visite à domicile 47
2.4.5 Instantanéité de la réponse 48
2.4.6 Prise en charge globale 49
2.4.7 Gestion du temps 49

2.5 Evolution de la compétence communicationnelle des internes 50

2.5.1 Apprentissage progressif 50
2.5.1.1 Plus à l'aise en fin de stage 50
2.5.1.2 Niveau 1 = bon stage pour travailler la communication 50
2.5.1.3 Apprentissage inconscient 51
2.5.1.4 Acquisition d'un niveau intermédiaire dans la compétence communicationnelle 51
2.5.1.5 Besoin de temps pour apprendre 51
2.5.2 Evaluation au cours du stage en médecine générale 52
2.5.2.1 Difficile d'évaluer la progression sur la communication 52
2.5.2.2 Auto évaluation par les internes 52
2.5.2.3 Evaluation par les MSU 53
2.5.2.4 Evaluation par les patients 53
2.5.2.5 Outils d'évaluation 53
2.5.3 Outils de communication qui ont progressé 54

2.6 Différences entre stage en médecine générale et stage hospitalier 56
2.6.1 Contextes différents 56
2.6.1.1 Communication différente à l'hôpital 56
2.6.1.2 Diversité de la Médecine Générale 56
2.6.1.3 Contexte hospitalier 57
2.6.1.4 Différences de patients 57
2.6.1.5 Contextes différents entre les services hospitaliers 58
2.6.1.6 Asymétrie de la relation médecin/ patient en milieu hospitalier 58
2.6.1.7 Moins de prévention / explications à l'hôpital 59
2.6.1.8 Moins de temps à l'hôpital pour la communication 59
2.6.2 Encadrement des internes 59
2.6.2.1 Apport des MSU 59
2.6.2.2 Plus de rétroaction en médecine générale 60
2.6.2.3 Pas de supervision directe à l'hôpital 60
2.7 Figure récapitulative 61

IV. DISCUSSION : 62

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 62
2. A PROPOS DES RESULTATS : 62
2.1 A propos des représentations des internes sur la communication 63
2.2 A propos de l'apport du stage en médecine générale 63
2.3 A propos des différences entre stages en médecine générale et stages hospitaliers 65

V. CONCLUSIONS : 68

VI. BIBLIOGRAPHIE : 69

VII. ANNEXES : 75

ANNEXE 1. GLOSSAIRE (80) 75
ANNEXE 2. GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL 77
ANNEXE 3. GUIDE D'ENTRETIEN FINAL 78
ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF 79
ANNEXE 5. TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 80

I. INTRODUCTION :

1. Définitions de la communication et de la relation

La communication est une part importante de la relation médecin-patient. Plusieurs définitions coexistent concernant ces deux entités.

La relation entre le médecin et son malade désigne l'ensemble des relations entre un médecin et son patient dans le cadre d'un acte ou d'un suivi thérapeutique. Elle représente une situation globale complexe, mêlant compétences techniques, psychologiques et affectives (1).

La communication quant à elle peut se définir par un échange de messages entre personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs (soignants et soignés) et un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace défini (1,2). Il s'agit de l'acte de faire coïncider entre des personnes des significations connues de l'une et l'autre, de manière à produire une modification de leur champ d'action (3). Il ne s'agit pas d'une capacité innée, mais au contraire elle nécessite pour sa bonne maitrise une connaissance des techniques verbales et non verbales de la communication (4).

2. Intérêt d'une bonne communication en médecine

Une bonne communication améliore la qualité de la relation médecin patient (5,6). Elle apporte également pour le médecin une meilleure satisfaction personnelle (5,7,8), une meilleure estime de soi et peut prévenir l'épuisement professionnel (5,6). Enfin, la communication permet au médecin une meilleure gestion des émotions et une meilleure reconnaissance de l'information (9).

La communication est également une des attentes des patients (7). Elle permet une meilleure observance du traitement par le patient (7,8,10,11) et une meilleure compréhension de ses problèmes de santé (7,12). Elle améliore la santé émotionnelle, la résolution des symptômes, les paramètres physiologiques (pression artérielle, glycémie) et le contrôle de la douleur (13,14).

Une communication adaptée du médecin est un facteur de satisfaction des patients (7,15). Elle améliore la confiance envers le médecin (1,16) et prévient les plaintes pour faute professionnelle (1,7,17). Elle augmente la durée de consultation de manière modérée (2 minutes en moyenne) (18) et réduit les coûts de santé par une meilleure efficience (7,19).

3. Nécessité d'une formation des futurs praticiens

La communication est une compétence attendue du médecin généraliste (20).

Une majorité d'internes a rencontré des difficultés relationnelles pendant leurs études (20). Il parait indispensable de mieux accompagner l'étudiant dès ses premières expériences cliniques (20) et de le préparer à gérer des consultations complètes et complexes. Les étudiants ont besoin de temps pour organiser leurs connaissances médicales en connaissances cliniques applicables, y compris en communication (21).

Il existe une attente très forte des étudiants pour un enseignement de leur rôle de médecin (22) et une grande volonté de formation à la communication (20,23). Cette formation est d'ailleurs fortement plébiscitée au cours du 3ème cycle des études médicales (20). Le désir de formation diminuant au fur et à mesure des années d'internat, il est nécessaire de les former dès le début du cursus (20).

La formation à la communication est un facteur important de satisfaction des étudiants (22,24). Ils expriment un sentiment d'amélioration de leur compétence après des formations dédiées (25), sentiment confirmé par un meilleur score d'interaction médecin-patient lors de leurs examens (26) et un meilleur score de la compétence communicationnelle des étudiants par ces formations (27).

4. Référentiel de compétences et définition de la compétence

La communication et la relation s'intègrent dans la compétence « Approche centrée patient, Communication, Relation » du référentiel compétences de formation du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), élément central de la marguerite des compétences (28).

La notion de compétence est définie par Jacques Tardif comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (29).

D'autres définitions existent mais la notion de savoir-agir complexe semble commune à toutes les versions et centrale (30–32). Il s'agit d'un « savoir mobiliser » selon Le Boterf (1999), c'est-à-dire la possibilité pour un individu de mobiliser un ensemble intégré de ressources en vue de résoudre une famille de situations-problèmes. Il est complexe car la compétence se déploie dans un contexte donné (33).

En 2010, le Conseil de compétence en communication de l'Université de Montréal a proposé une définition élargie de la communication professionnelle comme « une forme particulière de communication interpersonnelle », ayant pour fonction l'échange d'informations et le développement d'une relation. Elle nécessite donc un répertoire de comportements communicationnels maitrisés et une capacité d'adaptation au contexte communicationnel (34).

La « compétence relation, communication, approche centrée patient » du référentiel de formation des internes de médecine générale en France a été définie par le groupe national d'expert (GNE) du CNGE comme la « capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients » (28).

Le GNE a également décrit trois niveaux de développement de la compétence : novice (35), intermédiaire (36) et compétent (37).

5. Difficultés rencontrées dans le développement de la compétence communicationnelle

La plupart des étudiants pense que l'enseignement universitaire n'est pas adapté (38). Les connaissances sont les pré-requis pour le développement de la compétence (39).

La brutalité émotionnelle et physique des études médicales, notamment l'internat, tendent à diminuer l'empathie des internes et à leur faire tourner en dérision les patients (7).

Les médecins ont tendance à surestimer leurs compétences communicationnelles (7). Plus les étudiants progressent dans le cursus et acquièrent de l'expérience, moins ils sont demandeurs en formation (38). Les compétences restent au même niveau voire peuvent diminuer en dépit d'une augmentation de l'expérience professionnelle (40).

Les internes relatent également de nombreuses difficultés pendant les formations à la communication : la peur du jugement, l'anxiété de la performance (23), les jeux de rôles, le manque de temps et l'organisation (20). Ils expriment également un sentiment de surcharge de travail lors de formation à la consultation (21).

Il est difficile de démontrer l'efficacité clinique des techniques pédagogiques comme la simulation (41). Des formations spécifiques n'ont pas automatiquement augmenté les compétences communicationnelles (40).

6. Le stage en médecine générale : un moment privilégié

La situation de l'interne durant le stage en médecine générale de niveau 1 est propice à la multiplication de situations diverses mettant en jeu la compétence communicationnelle (42).

La supervision directe des maitres de stage se fait à travers la rétroaction. Des études ont montré qu'une rétroaction spécifique et fréquente contribue à améliorer les compétences en communication des étudiants (43,44).

D'autre part, le stage en médecine générale intègre une phase d'observation. L'observation de médecins en action par les étudiants est riche d'enseignement sur la relation médecin-patient (45). La position d'observateur permet une perception accrue des enjeux psycho-affectifs et des interactions non verbales (46).

Les médecins seniors s'inscrivent dans un modèle de rôle, exerçant une influence souvent inconsciente (45). D'après Chamberland et Hivon (47), un modèle de rôle en médecine est un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des internes avec qui il est en contact. Il constitue un moteur très puissant pour l'apprentissage d'habiletés telles que la communication. Les futurs médecins sont ainsi fortement influencés par ce qu'ils observent chez leurs superviseurs (48).

7. Difficultés rapportées lors du stage en médecine générale de niveau 1

Les attentes des internes concernant la supervision sont partagées (20). Bien qu'ils acquièrent certaines compétences au terme du stage en médecine générale de niveau 1, ils ne sont pas capables de les combiner et de les contextualiser (49).

Les internes y rencontrent des difficultés pour l'échange efficace d'informations avec les patients et la gestion des aspects émotionnels de la rencontre avec le patient (50).

Les maitres de stages ne sont pas tous prêts à déléguer à l'interne les responsabilités et la confiance nécessaires, mettant mal à l'aise certains étudiants (42).

La relation entre le patient et le maitre de stage universitaire étant déjà établie, l'arrivée de l'interne bouleverse inévitablement cet équilibre, modifiant la relation du côté patient comme du côté médical. L'interne est parfois perçu comme un intrus par le patient qui considère que l'étudiant

devrait être en retrait du maitre de stage. Cette position de retrait est également une source de difficulté pour nombre d'internes (42).

La présence de l'interne à l'hôpital est totalement acceptée et banalisée, alors que la place de ce dernier en médecine générale peine à être pleinement identifiée (42).

Face à ces difficultés, les étudiants ont-ils l'impression d'acquérir pendant ce stage de nouvelles compétences ? Dans ce cadre, l'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport perçu du stage en médecine générale de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes.

II. METHODE :

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée entre avril et novembre 2018.

Le recrutement des internes a été fait à partir du listing des internes du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Tours. Le seul critère d'inclusion était la réalisation du stage de niveau 1 sur le semestre d'hiver 2017-2018 ou sur le semestre d'été 2018, en région Centre Val de Loire. Les internes ont été contactés par téléphone ou par mail en fin de stage ou dans le mois suivant la fin de leur stage, afin de leur proposer un entretien présentiel.

Les entretiens se sont déroulés soit au domicile des internes, soit sur leur lieu de stage, soit dans les locaux de la faculté de Médecine de Tours. Chaque participant était informé en début d'entretien du caractère confidentiel de ses réponses. Tous les interviewés avaient donné leur accord pour enregistrer l'entretien à l'aide d'un dictaphone numérique afin d'éviter une perte d'information lors de la prise de note.

Un guide d'entretien a été élaboré au préalable (Annexe 2), à partir des données de la littérature (25,32,42,45,51,52) et des hypothèses du chercheur. Il a été testé auprès d'autres étudiants en médecine afin de s'assurer de la compréhension des questions. Ce guide a été enrichi au fur et à mesure des premiers entretiens (Annexe 3). Les thèmes abordés par six questions ouvertes étaient : ce qu'est la communication pour l'interne, l'évocation d'une consultation dans laquelle l'interne a eu des difficultés de communication, ce qui a changé pour l'interne dans sa communication au cours du stage, l'apport des MSU sur la compétence communicationnelle de l'interne, les attentes vis-à-vis du stage en médecine générale et les différences entre le stage en médecine générale et les stages hospitaliers déjà réalisés. Un thème a été ajouté après la réalisation des premiers entretiens : l'apport des visites à domicile sur le plan communicationnel.

Afin de caractériser l'échantillon, un questionnaire quantitatif anonymisé (Annexe 4) était distribué à la fin de l'entretien. L'échantillonnage était raisonné selon l'âge, le sexe, le nombre de semestres validés, le lieu de stage, le département de stage et l'existence d'au moins une formation réalisée en communication dans un objectif de recherche de diversité.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité par l'investigateur de l'étude à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Dans un souci d'authenticité, les silences et expressions non verbales ont été précisés et les noms et lieux ont été anonymisés.

Les données ont ensuite été analysées selon la méthode de la théorisation ancrée, en réalisant un codage par l'investigateur à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. La théorie élaborée a été modélisée sous forme de carte heuristique, établie à l'aide du logiciel Freeplane.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Le Groupe Ethique d'aide à la Recherche Clinique de Tours pour les Protocoles de Recherche non soumis au Comité de Protection des Personnes a émis un avis favorable pour le protocole de cette étude le 23/07/2019, sous le numéro de projet de recherche 2019 063.

Les questionnaires et verbatims étant complètement anonymes et ne contenant aucune donnée permettant de remonter à l'identité des personnes interrogées, la déclaration à la CNIL n'était pas nécessaire.

III. RESULTATS :

1. Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

La population étudiée comprenait 13 internes, soit 8 femmes et 5 hommes. L'âge moyen était 26,6 ans. Cinq internes étaient en cursus avant la réforme du DES de médecine générale (dit ancien régime) et 8 étaient en phase socle de la réforme. Tous les départements de la région Centre Val de Loire sont représentés dans les stages réalisés. 31% (4) des internes ont effectué un stage rural, 69% (9) un stage urbain et 69% (9) un stage semi-urbain (Annexe 5).

Les 13 entretiens réalisés entre avril et novembre 2018 avaient une durée moyenne de 46 minutes (en excluant la présentation du travail de recherche). La saturation des données est apparue à partir du onzième entretien, puis confirmée par le douzième et treizième entretien.

2. Analyse thématique

2.2 Représentations des internes sur la communication à la fin du stage de médecine générale

2.2.1 Définitions données par les internes

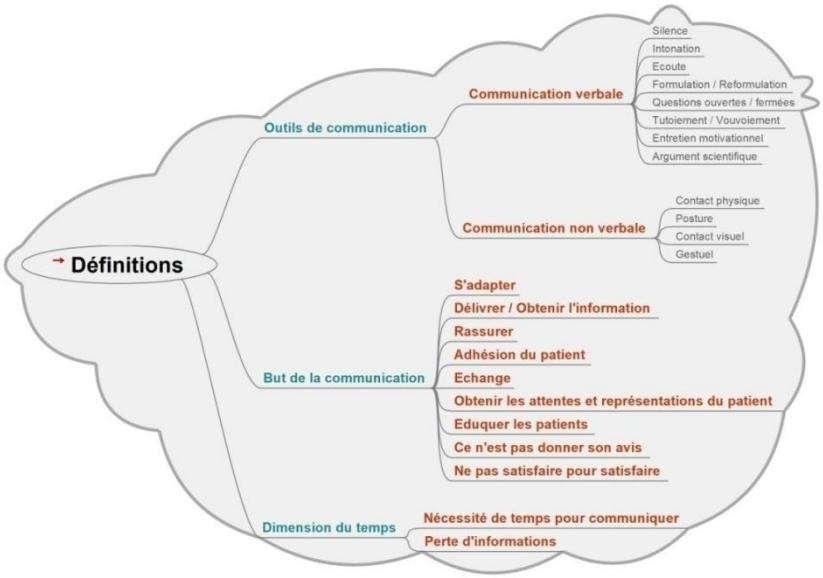

Figure 1 : Définitions données par les internes

Les internes identifiaient **les outils de communication verbaux** (E9 : *« la communication, ça passe pour moi par le verbal »*) :

- le **silence** (E2 : *« avoir un petit peu de silence pour laisser le patient parler. »*, E7 : *« Bah je pense que le patient se sent plus écouté, le fait de pas toujours justement vouloir combler les trous, ça lui permet de prendre un peu de recul et après lui de s'exprimer effectivement. »*),
- **« l'intonation »** (E9) (E1 : *« parfois je sais qu'on peut avoir des tics de langage ou des intonations, ce genre de choses »*, E5 : *« j'avais un débit, un ton, qui était assez rassurant »*),
- **« l'écoute »** (E5, E8, E13) (E3 : *« écouter et mener une écoute active »*, E6 : *« écouter quand même le patient sur ce qu'il a à avancer… »*),
- **la formulation et la « reformulation »** (E2, E12) (E1 : *« Après euh, est-ce que y a des choses auxquelles je me raccroche ? Par exemple « Et vous qu'en pensez-vous ? », reformuler tout ça »*, E3 : *« savoir résumer et reformuler les propos du patient pour l'aider à cheminer »)*,
- **les questions « ouvertes »** (E8) (E2 : *« Donc j'ai essayé voilà d'utiliser des techniques, les questions ouvertes »,* E3 : *« les questions ouvertes, maintenant pour moi ça me permet d'explorer des champs qui n'ont pas été exploré avant »)* **et « fermées »** (E9) (E12 : *« les questions fermées c'est pratique parce que c'est oui, non. Ça fait gagner du temps et quand y a un problème médical, un diagnostic, on remplit les cases, c'est plus facile »)*,
- **le tutoiement et le vouvoiement** (E5 : *« ça c'est un outil verbal, le tutoiement et le vouvoiement »*),
- **l'entretien motivationnel** (E7 : *« Y a toutes les techniques d'entretien motivationnel, même si c'est pas toujours facile à mettre en place »*),
- **l'utilisation « d'argument scientifique »** (E7) (E6 : *« des arguments en m'appuyant sur des bases scientifiques, des faits scientifiques »*).

Ils avaient également acquis des outils non verbaux de la communication :

- **le contact physique** (E5 : *« il faut qu'il y ait du tact aussi, dans le sens du toucher »*, E9 : *« des contacts physiques avec les patients pendant la consultation »*),
- **la posture du patient** (*E3 : « savoir repérer aussi les attitudes posturales du patient »,* E7 : *« Et puis après le patient, comment il se tient, s'il pleure, des éléments plus visibles. »)* **et du médecin** (E6 : *« pas forcément par des paroles mais aussi par des attitudes des fois »*, E7 : *« Bah nous d'avoir une posture toujours ouverte, ne pas se refermer, de ne pas avoir l'air anxieux, ne pas regarder son ordi par exemple (rire) »*),

- **le contact visuel** (E5 : *« du contact visuel, ça c'est important quand tu veux délivrer un message »,* E7 : *« Bah au niveau du regard y a pas mal, la posture aussi, nous comme le patient, oui y a des éléments… »*),
- **le gestuel** (E5 : *« faire des gestes quand il pleure »*, E6 : *« ne pas parler c'est déjà communiquer, avec des gestes… »*).

Pour les internes, la communication avait de multiples buts :

- **« s'adapter » (E4) au patient** (E12 : *Mais non c'était intéressant, de voir à quel point les gens sont différents et devoir du coup s'adapter à eux »*, E13 : *« avec aussi la façon adaptée, c'est-à-dire d'utiliser les bonnes tournures de phrase, les bons termes »*),
- **délivrer « l'information » (E7, E13)** (E1 : *« pour moi la communication c'est faire passer un message, et voilà la manière dont on l'a imaginé »*, E6 : *« la communication pour moi c'est le fait de réussir à faire passer des choses, à faire comprendre des choses à l'autre »*),
- **obtenir l'information** (E13 : *« Bah dans un but à la fois d'avoir les informations nécessaires à notre élaboration du diagnostic »)*,
- **« rassurer » (E5, E9, E13)** (E6 : *« c'est peut-être ça un peu la communication, c'est d'essayer de communiquer pour justement pas que ça parte en vrille quoi, pour essayer d'apaiser les tensions et faire que ça se passe bien. »*),
- **obtenir l'adhésion du patient** (E3 : *« réaliser une écoute active pour l'adhésion thérapeutique et la relation »*, E9 : *« comment convaincre un patient, comment le persuader qu'il a besoin d'un suivi »),*
- **un « échange » (E9, E13)** (E5 : *« la communication c'est un échange du coup pour moi. »*, E12 : *« Alors la communication pour moi c'est l'outil dont on se sert pour échanger avec les gens en général »*) **dans les deux sens** (E1 : *« Oui exactement. Ça va pas que dans un seul sens »*),
- **obtenir les attentes et les représentations du patient (E10** (E3 : *« savoir la motivation du patient »*, E10 : *« ça amène derrière toutes les représentations du patient, et c'est forcément beaucoup plus intéressant »*),
- **éduquer les patients** (E1 : *« pour quand même éduquer pour que quand les patients rencontrent à nouveau les choses, ils puissent comprendre quoi »*, E11 : *« Y a de l'éducation dans la communication »*).
- ***« Ce n'est pas donner son avis »* (E1)** (E1 : *« Moi j'avoue que je suis dans la génération où on aime pas le ton paternaliste »,* E8 : *« Faut qu'il y ait un cheminement dans la tête du patient, faut qu'il l'accepte lui-même, faut pas qu'il se dise que le médecin lui a dit de faire ça donc faut qu'il le fasse, faut qu'il se dise « c'est moi qui me dit de faire ça, donc je le fais » »*) **ni de satisfaire le patient pour satisfaire** (E6 : *« C'est pas satisfaire le patient, c'est en fonction de ce que j'ai appris et de ce que je pense qui est le mieux pour lui quoi »*). Un interne exprimait cependant un **intérêt de certains patients à**

communiquer de manière paternaliste (E1 : *« mais on se rend bien compte que y a des gens qui ont besoin d'être drivés, des gens qui sont immatures, qui ont besoin qu'on leur dise « c'est comme ça tac tac »»).*

Enfin, les internes étaient nombreux à décrire **la nécessité d'avoir du temps pour bien communiquer** (E8 : « *Oui ça prend du temps de communiquer. Enfin quand tu utilises l'outil communicationnel pour un objectif, c'est quelque chose qui va prendre du temps forcément »*, E11 : *« Ah ouais complètement, pour communiquer il faut du temps. »*).

Cette dimension du temps pouvait entrainer pour des internes **une inévitable « perte d'information »** (E10) (E5 : *« C'est une perte de communication, c'est effectivement une perte d'information »*, E9 : *« y a des sujets que j'allais pas abordé pour pas dépasser trop le temps »,*).

Ce manque de temps en consultation en médecine générale pouvait donc être *« **un frein à la communication** »* (E10).

2.2.2 Interdépendance entre communication et relation

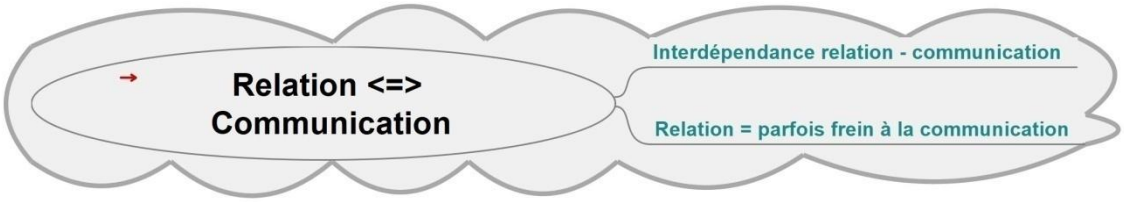

Figure 2 : Interdépendance entre communication et relation

Communication et relation étaient intriquées l'une à l'autre (E1 : *« Ouah t'arrives à séparer les deux toi ? Bah relation et communication…. Enfin la relation pour moi elle est basée sur la communication. Dans ta façon de communiquer. »*, E6 : *« c'est quelque chose d'intriqué. C'est intriqué. Il faut avoir un peu des deux je pense. Faut avoir du relationnel pour du communicationnel et vice versa. »*).

La séparation entre communication et relation n'était pas toujours aisée (E10 : *« voilà y a la relation médecin patient et puis la communication c'est ce qu'il y a entre les deux quoi »*, E11 : *«La communication c'est […] démarrer et entretenir une relation avec le patient »*), un interne donnant **une plus grande importance à la relation** (E6 : *« au final je pense que la satisfaction de la relation c'est plus important »*).

La qualité de la communication conditionnait la qualité de la relation (E1 : *« je pense que si la communication est mauvaise, la relation est mauvaise aussi. »*, E4 : *« si y a pas la bonne communication, bah finalement y aura pas de relation qui s'installera par la suite »*).

Une bonne relation allait également influer sur la communication (E5 : *« La communication est d'autant meilleure qu'on a une relation qui s'installe et qu'on se connait »*, E6 : *C'est très difficile de communiquer quand t'arrives pas à avoir un minimum de relationnel avec les gens »*).

En revanche, pour certains internes, **la relation pouvait devenir un frein à la communication** (E1 : *« Je pense justement qu'il faut se méfier de ça. On connait parfois trop bien les gens, parfois ça peut être un peu… d'ailleurs ils le disent les patients chroniques, c'est bien des fois d'être vu par l'interne, ça donne un petit coup de fraicheur. »*, E8 : *« ça dépend, ça peut être plus franc ou alors ça peut être plus paternaliste on va dire. T'essaies de le protéger peut-être plus. Enfin ça dépend des personnes »*).

Les notions de **distance et d'habitude devenaient centrales** pour que la relation n'empiète pas sur la communication (E1 *: « Après parfois je me pose la question du « Le docteur me connait depuis longtemps », est-ce que y en a qu'osent tout dire ou du coup ou est-ce qu'il y a pas des choses dont ils ont honte et qu'ils n'osent pas dire du coup, je sais pas. »*, E5 : *« les décisions à prendre, il faut pas que l'affect joue dans nos décisions »*).

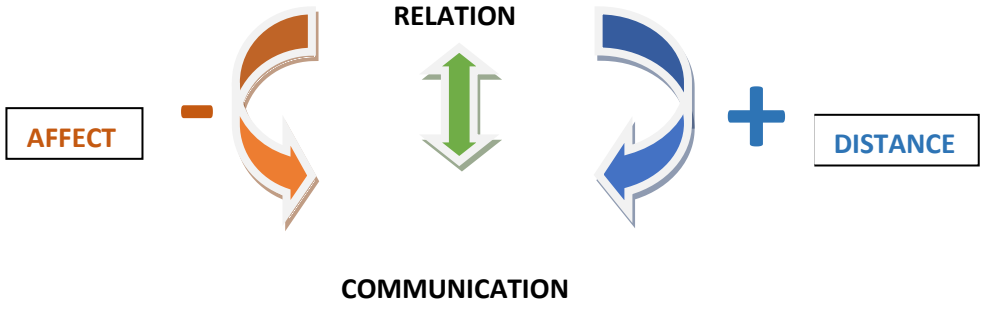

Figure 3 : Influence de la relation sur la communication

2.2.3 Importance de la communication en médecine générale

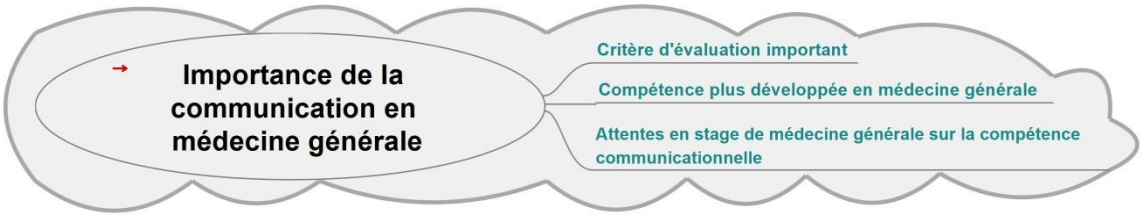

Figure 4 : Importance de la communication en médecine générale

La communication était **un critère d'évaluation important** (E6 : *« C'est un des trucs primordial en médecine générale »,* E9 : *« c'était un vrai critère d'évaluation. Ils étaient plus sensibilisés à la communication »).*

C'était également pour les internes **une compétence tout particulièrement développée en médecine générale** (E4 : *« la communication en médecine générale c'est une des bases. Si le patient ne comprend pas ce que tu lui dis, euh… enfin le feeling passera pas et il reviendra pas te voir »,* E9 : *« ça passe beaucoup par la communication en médecine générale »)* et **chez les médecins généralistes** (E6 : *« je pense que les médecins généralistes développent plus la communication, la compétence communicationnelle eux, que d'autres médecins en général. »).*

Un interne exprimait **sa frustration vis-à-vis de son « rôle de prescripteur »** qui peut devenir **mineur par rapport à la communication** (E3 : *« ça peut être un peu frustrant parfois parce qu'on se dit qu'on n'a pas notre rôle de prescripteur, de médecin qui diagnostique et qui prescrit, et on a parfois juste un rôle de soutien psychologique… »).*

Une majorité d'internes avait des **attentes particulières concernant l'apprentissage de la communication** au cours de ce stage de médecine générale (E6 : *« oui j'en attendais beaucoup de la compétence communication sur ce stage de médecine gé »*, E9 : *« Y avait pas mal d'attentes »).*

2.2.4 Théorie et pratique de la communication

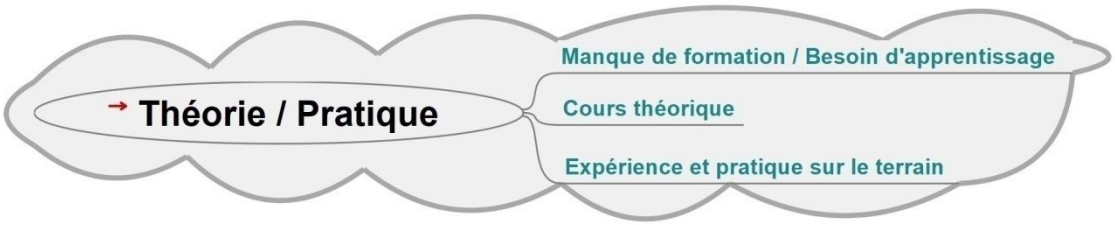

Figure 5 : Théorie et pratique de la communication

Les internes exprimaient **un besoin d'apprentissage** (E8 : *« sur le plan communicationnel….euh….euh…. (silence de 5 secondes). Peut-être que y a des manières de faire qu'on devrait apprendre plus ou moins comment faire. […] C'est vrai que ça je l'ai vu surtout chez un MSU, mais on n'apprend pas ça au final »*, E13 : *« si faudrait faire des formations sur la communication, ça serait bon à prendre »)* et **un manque de formation** avant leur stage en médecine générale (E4 : *« au début à l'externat on te l'apprend pas du tout et puis à l'hôpital ils sont pas trop accès là-dessus »*, *E8 : « C'est vrai que ça parait basique, mais c'est ce qui lance la consultation, ce que t'apprends pas avant ce stage en fait »)*.

Pour un interne, **le manque de connaissance en communication a été un facteur d'insatisfaction** au cours du stage de médecine générale (E10 : *« Ce qui m'a déplu […] j'ai moi un travail de recherche sur des outils qui des fois doivent être un peu plus cadrés » ; « on n'obtenait pas forcément de résultat mais faute d'avoir utilisé les bons outils »).*

Une part de la compétence communicationnelle des internes venait de **cours théoriques** (E1 : *« enfin les techniques un peu, je connais que les bases que j'ai picoré à droite à gauche »*, E6 : *« il faut vraiment avoir des cours théoriques sur la communication peut-être »)*, **d'une auto-formation par la lecture** (E6 : *« après j'ai fait sur la communication, j'ai lu un bouquin dans pas mal de groupe de pratique qui m'a servi, que tu connais peut-être, « Relation Médecin Malade, enjeu, opportunités, pièges », du Dr Moley-Massol. »*, *E7 : « j'ai pas mal lu sur l'entretien motivationnel »).* Pour un interne, **la théorie semblait indispensable pour la mise en pratique** (E2 : *« Je sais que j'aurais peut-être pas été aussi à l'aise en début de stage si j'avais pas cherché un petit peu les trucs avant. »).*

L'expérience et la pratique sont également avancées par les internes (E2 : *« Bah de toutes façons je me dis… j'ai vu plein de chose aussi, mais sans les pratiquer bah tu seras jamais vraiment à l'aise, faut que ça devienne naturel en fait. »*, E6 : *« y a aussi une part d'expérience, c'est-à-dire que au fur et à mesure de notre vie, on évoluera notre compétence de communication »)*, même si certains ressentaient **des difficultés à la mise en pratique de la théorie** (E2 : *« Je suis pas forcément très à l'aise même si je connais les techniques, je sais que les appliquer au moment des faits c'est compliqué. »*, E10 : *« au final on a l'impression que ça vient assez facilement alors que quand on essaie de le faire nous-mêmes c'est pas forcément ce qui est le plus facile »).*

2.2.5 Contextualisation de la communication en médecine générale

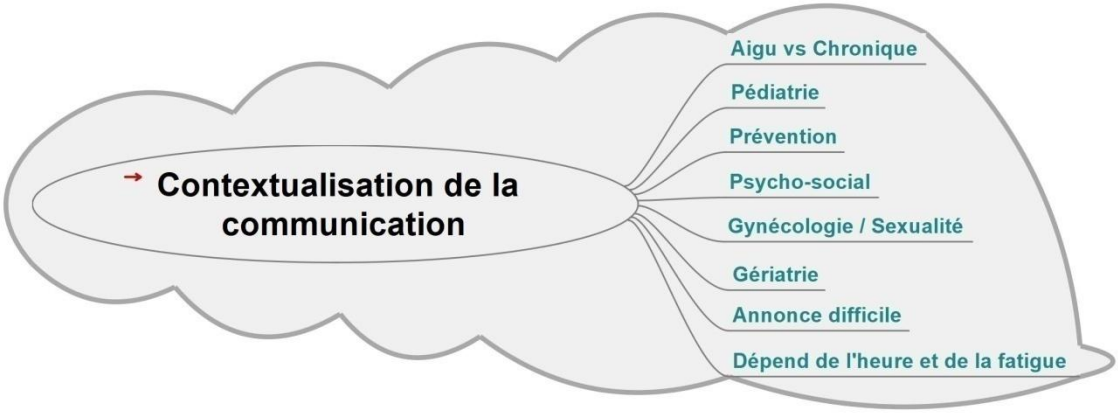

Figure 6 : Contextualisation de la communication

Le champ de la communication était très vaste pour les internes (E2 : *« Après c'est vrai que y a plein de choses différentes parce que la communication intervient dans plein de cadres un peu différents » ; « Après c'est vrai que la communication, elle intervient tout le temps, même dans des cas classiques. »).*

Chaque nouvelle consultation était l'occasion d'une communication différente (E8 : *« On va dire que la différence de chaque consultation, fait que tu communiques différemment »).*

La majorité des internes notaient l'influence de contextes sur leur manière de communiquer :

- Le caractère **aigu ou chronique** : les motifs aigus mobiliseraient moins la communication que ceux chroniques (E6 : *« la part médicale sur quelque chose d'aigu devient plus importante par rapport à la part du communicationnel » ; « le communicationnel reste toujours important et toujours là très présent, mais la part du médical devient plus important dans quelque chose d'aigu, faut agir directement. Sur*

quelque chose de chronique, justement je pense que la part du communicationnel prend beaucoup plus le pas »). Cependant, des internes notaient tout de même l'importance de **rassurer par la communication sur les demandes aigues** (E6 : *« Après la communication reste importante sur l'aigu hein »*, E7 : *« dans une situation aigue, y a l'inquiétude, l'angoisse. Donc faut essayer de rassurer, c'est quelque chose de pas toujours évident »).*

- **Pédiatrie** : les consultations pédiatriques étaient difficiles sur le plan communicationnel pour certains (E5 : *« la pédiatrie, j'avais beaucoup de mal au début ça me faisait peur »*, E6 : *« Les enfants avec les parents je trouve que c'est compliqué cette relation »).* Cette difficulté tenait au caractère **« triangulaire »** (E6) de la consultation enfant-parents (E7 : *« Bah y a une ou deux personnes en plus par rapport à la situation classique. Y a les parents donc euh… faut adapter son niveau de communication à l'enfant, à son âge, à son niveau de compréhension. Et en même temps y a les parents »*, E8 : *« en même temps il parle aussi aux parents pour leur expliquer aussi, une double communication »).* Il était donc important d'obtenir **les représentations et les craintes des parents** (E5 : *« souvent les mamans faut le dire, surtout quand elles ont des petits bouts où elles sont facilement très inquiètes »*, E6 : *« c'est vrai que parfois on découvre des choses de la vie des parents, ce qu'il s'est passé dans leur vie à eux, et qui explique un petit peu les craintes qu'ils ont au moment de la consultation qui peut compliquer l'échange »).*
- **Prévention** : la communication semblait intervenir **naturellement dès qu'il était question de prévention** (E7 : *« ouais je pense que c'est quand même très important pour la prévention »*, E10 : *« c'est vrai que sur les questions de prévention c'était plus simple »).* Un interne faisait remarquer **l'importance du moment** *(E8 : « il faut aussi savoir profiter du moment, c'est-à-dire par exemple arrêter de fumer. Si à un moment donné, il te dit « ah j'aimerais bien arrêter de fumer », tu sautes dessus tout de suite. C'est la consultation où faut être efficace. »* **et de la manière d'amener le sujet** (E8 : *« Alors c'est vrai que j'ai remarqué que y avait différentes manières de faire, en ce qui concerne la prévention, les mesures hygiéno-diététiques. Voilà y a des personnes qui sont plus insistantes que d'autres, pas forcément dans le bon sens si je puis dire » ; « Et ils vont pas répéter plusieurs fois sur une même consultation… des injonctions »).*
- **Psycho-social** : la communication était **capitale dans la prise en charge de motif psycho social** pour la plupart des internes (E1 : *« dans les entretiens où notamment, quand y a un côté un peu socio, psy tout ça, ça permet parfois de pas se laisser déborder »*, E2 : *« Je trouve que ces techniques là, c'est appliqué dans les consultations que je trouve un peu plus psychologique. »),* **tout particulièrement en médecine générale** (E2 : *« C'est vrai qu'en médecine générale on a certaines consultations qui sont plus spécialisées sur le plan psychologique. »).* Les internes exprimaient **en majorité des difficultés pour communiquer dans ce contexte** (E11 : *« c'est vrai qu'à mes débuts, les patients anxio-dépressifs, c'était les consultations que je détestais le plus, parce que…. Je savais pas*

ce qu'ils attendaient de moi, je m'agaçais limite avant même de les voir », E13 : *« dans la communication dès que quelqu'un me parlait de pas être bien, pas le moral, je me sentais tout de suite pas à l'aise pour communiquer »*). Un interne considérait que les motifs psycho-sociaux **nécessitent du temps pour bien communiquer** (E13 : *« Pour les consultations qui touchent au psychologique, aux états d'âme, ça peut pas être fait en 20 minutes, ou alors faut les voir très régulièrement » ; « Moi dans mon idéal faut instaurer des consultations dédiées à la parole »)* et **nécessiteraient une valorisation de la rémunération** (E13 : *« Enfin c'est vrai que je parle d'argent, mais c'est vrai qu'il faudrait qu'il y ait une cotation appropriée au temps passé pour communiquer » ; « Mais bon faut bien qu'un médecin gagne sa vie aussi et on peut pas aujourd'hui demander à un médecin libéral de consulter qu'avec des créneaux de 45 minutes. »*).

- **Gynécologie** : un interne a exprimé sa difficulté sur cette thématique (E6 : *« tout ce qui était gynécologie, que j'étais un peu mal à l'aise »)*. **La sexualité** pouvait également être un frein à la communication pour un autre interne (E11 : *« je pense que c'est ça la difficulté de la communication, pour moi c'est que j'ai du mal à lancer le sujet, à venir sur par exemple la sexualité » ; « Je dirais pas un tabou mais je veux pas la rendre mal à l'aise parce que si ça se trouve elle veut pas m'en parler »).*
- **Gériatrie** : un interne évoquait une influence sur sa communication avec les patients âgés (E8 : *« Peut-être que je suis plus dans une attitude bienveillante avec des patients âgés » ; « Bah ça influe ouais complètement. Par exemple une personne âgée, je fais plus l'effort d'être empathique, je vois t'as plein de personnes âgées qui s'isolent de plus en plus, et leur manière de lutter contre ça c'est de communiquer avec son médecin traitant. De parler de choses de la vie, de lui parler de sa famille. Et faut répondre à cette attente »).*
- **« Annonce difficile »** (E9) : deux internes considéraient qu'ils ne maitrisaient pas l'annonce difficile, évoquant trop d'intensité émotionnelle (E12 : *« Moi ça m'a… j'étais très dans l'émotion parce que c'est pas moi qui faisait l'entretien, j'étais spectatrice, comme à la TV, et j'étais pas à l'aise du tout, pas bien du tout, vraiment dans l'émotion et pas du tout dans l'accompagnement ou quoi que ce soit. » ; « Mais ça j'ai pas eu l'occasion de le faire. Et je pense que sur des situations de détresse comme ça, je serais assez démunie, parce que j'ai pas l'impression que je le maitrise, ça serait compliqué encore pour moi. »).*

2.2.6 Apports de la communication

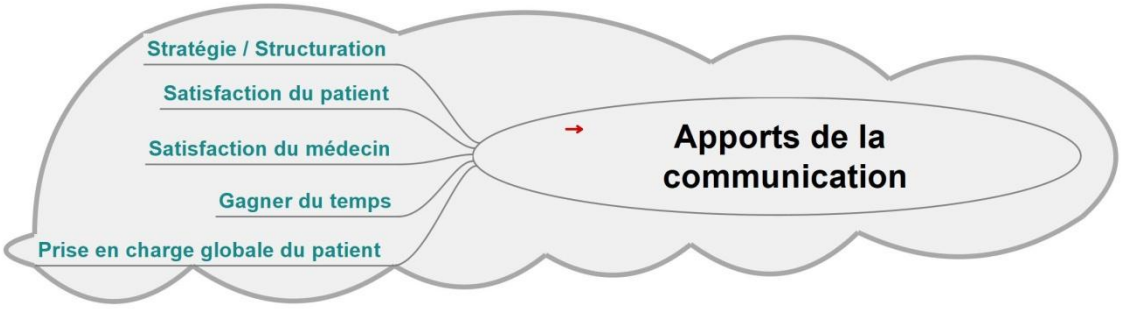

Figure 7 : Apports de la communication

Pour certains internes, la communication permettait de **structurer la consultation** (E3 : *« mener un entretien bref court et bien ciblé, par étape »*, E4 : *« je suis rodé, j'ai ma trame pour parler devant les patients »*), **en établissant une stratégie** (E9 : *« des vraies stratégies de communication »).* Il en résultait que l'interne est **plus à l'aise** (E3 : *« ça m'a aidé pour me sentir plus à l'aise, plus en confiance avec le patient »).*

La **satisfaction du patient** était un autre apport important de la communication (E1 : *« La communication c'est un facteur, un déterminant de leur satisfaction »*, E6 : *« je pense que y a une satisfaction des patients à vraiment comprendre ce qu'on a fait ouais »).*

De même, la **satisfaction du médecin** était évoquée par deux internes (E6 : *« ce qui te satisfait c'est pas d'avoir fait la bonne chose médicalement, c'est finalement que le mec soit parti en posant pas plein de questions « mais pourquoi ça ? » ou en ayant finalement rien compris à ce qu'il s'était passé ou pas rassuré… »*, E8 : *« C'est un temps que tu dois t'accorder. Toute consultation passe par un temps de communication, sinon tu fais du travail à la chaine quoi. Pour bien faire son travail, il faut communiquer. »).*

Des internes **gagnaient du temps par la communication** (E3 : *«Enfin savoir utiliser des techniques de communication, ça nous permet aussi de gagner du temps »*, E6 : *« quand on se dit qu'on va prendre du temps, on gagne du temps finalement »).*

Enfin, la communication permet une **prise en charge plus globale du patient** (E3 : *« Une approche centrée patient »*, E12 : *« pas forcément purement médicalement pertinentes mais pour le côté global ouais »).*

2.2.7 Limites de la communication

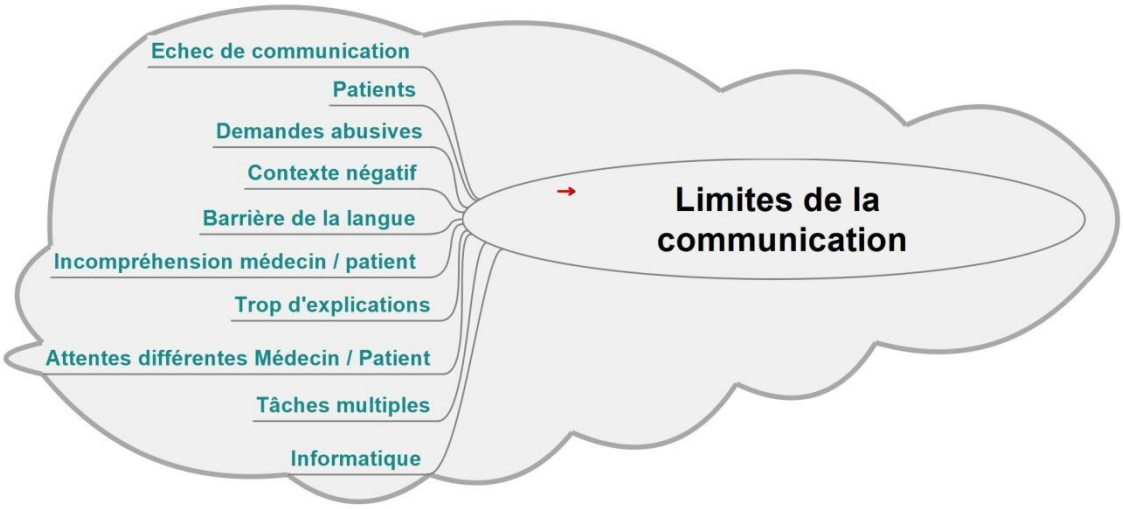

Figure 8 : Limites de la communication

Plusieurs internes évoquaient leur **échec de communication** pendant ce stage (E6 : *« c'est les limites de la communication, t'essaies d'avoir une bonne communication jusqu'à un moment où tu tranches »*, E12 : *« Et là où ça a commencé à être difficile, c'est qu'il a essayé de me faire un peu culpabiliser »*).

La communication pouvait être limitée par le **patient lui-même** (E2 : *« parce qu'en fait on se rend compte que des fois les patients sont vraiment pas aidants, et en fait si on leur pose pas les bonnes questions, bah voilà quoi. Ça peut être des trucs tout simples pour un diagnostic mais en fait il va pas nous aider quoi. »*, E5 : *« une consultation qui a été un peu compliqué puisqu'ils ont été assez pénibles, le fils a été assez pénible »)*.

Des internes étaient en difficulté face aux **demandes abusives** (E5 : *« il m'a extorqué des IPP pour sa maman »*, E12 : *« il était dans l'opposition et il voulait me faire bien culpabiliser parce qu'il allait pas pouvoir se relancer dans un bon mood parce que je voulais pas lui signer son certificat. »).*

Un **contexte négatif** pouvait limiter également la communication avec le patient : **la fatigue de l'interne ou le retard** (E5 : *« ça dépend de l'heure aussi et de l'état de fatigue »*, E8 : *« Et puis ça dépend aussi de toi-même, c'est-à-dire que si t'es dans le rush, t'es méga en retard, tu vas moins prendre le temps, tu vas être moins efficace, ou alors tu vas juste régler le problème et hop tu zappes tous les autres qui sont tout aussi important. Tu priorises. »),* **un environnement agressif** (E9 : *« la petite sœur criait, touchait à tout. La mère et le*

père s'engueulaient » ; « personne assis tout le monde debout, ça faisait six dans la pièce » ; « une consultation c'est quand même un lieu qui doit être calme »).

La **barrière de la langue** était également mentionnée (E4 : *« Quand par exemple la personne en face de toi parle pas forcément le français »,* E5 : *« c'était une communication difficile avec un patient qui ne parlait pas ma langue »).* La présence d'un **« intermédiaire »** (E5) pouvait parasiter la communication entre l'interne et son patient (E5 : *« il lui traduisait vraiment à l'arrache » ; « cette communication triangulaire »).*

La **différence de niveau de langage** amenait à une **incompréhension médecin / patient** (E1 *« notamment je sais qu'en médecine on a souvent tendance à utiliser des mots hyper compliqués, hyper alambiqués que la majorité des personnes ne comprennent pas, voire des tournures de phrases que les gens ne comprennent pas non plus, parce que voilà quoi »,* E5 : *« c'est là qu'on a des patients qui ressortent en disant « il a rien compris à ce que je lui ai dit le toubib »).*

Certains internes avaient tendance à donner **trop d'explications** (E1 : *« ça m'arrive que j'ai parfois tendance à me perdre dans des explications un peu alambiquées, où je me rends compte que ça va trop loin par rapport au message que j'ai à délivrer »,* E13 : *« Parce que je disais trop de choses, j'ai tendance à dire trop de choses »)*. Cela entrainait **une diminution d'attention du patient** donc une moindre communication des informations (E1 : *« d'ailleurs il vaut mieux se limiter à un ou deux messages pour éviter de les perdre dans la masse »,* E13 : *« C'était vraiment contre-productif, ça durait, ça durait et je voyais les patients qui décrochaient. Ils étaient restés sur un des éléments et voilà quoi »).*

Les **attentes étaient parfois différentes entre l'interne et le patient** (E3 : *« Après oui c'est ça c'est l'histoire toujours du transfert, contre transfert, ce qu'ils attendent, ce que nous on attend, ce qu'ils attendent de nous »,* E12 : *« Bah déjà ça aidait à cibler ce pour quoi il vient bien me voir, parce que finalement moi je me suis focalisé sur sa douleur thoracique qu'il a eu il y a trois semaines et en fait c'est pas du tout ça qu'il l'amène »).*

La multiplicité des tâches pouvait gêner les internes dans leur communication (E10 : *« je lui demandais un petit temps en disant « Attendez, je peux pas faire deux choses à la fois » »,* E12 : *« Et puis j'avais vraiment du mal à me concentrer à la fois sur la communication et le problème médical du patient »).*

Enfin, **l'informatique** a pu être un frein pour un interne à travers la présence de l'écran d'ordinateur (E5 : *« mais en même temps il me fait chier, parce que si t'es avec ton PC, que le patient te parle et que t'es de côté, t'as plus de communication t'as plus rien » ; « je trouve que ça coupe le discours » ; « je trouve que c'est une entrave… Il m'a embêté beaucoup »).*

2.2.8 Communication innée vs communication acquise

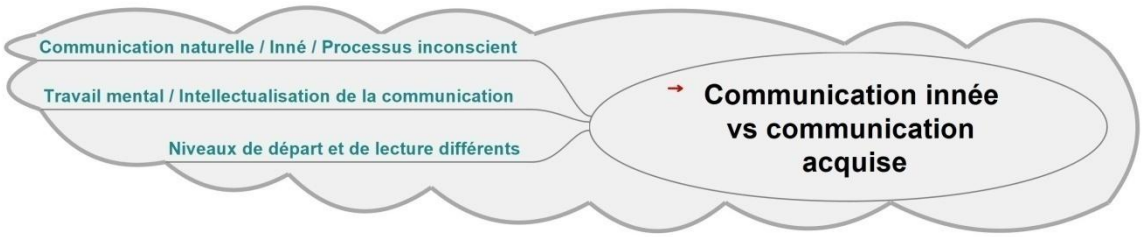

Figure 9 : Communication innée vs communication acquise

Pour certains internes, une part de la communication était **ressentie comme naturelle** (E9 : *« ça s'est fait assez naturellement en fait »*, E11 : *« Je me disais « ah c'est bien ça passe bien ». Ça semblait naturel, sans travail derrière »*).

Certains internes attribuaient leur niveau de communication à leur **personnalité innée** (E1 : *« Globalement… mais je pense que ça vient d'un trait de caractère plutôt personnel. J'ai une…euh…je suis une communicante entre guillemets, je suis quelqu'un de plutôt ouverte »*, E10 : *« je suis pas forcément d'un naturel bavard, je suis plutôt timide »*).

Un interne évoquait un **processus inconscient** (E5 : *« Je pense qu'inconsciemment je l'ai fait » ; « enfin moi qui me viennent assez spontanément donc j'y pense pas spécialement »).*

Un autre interne se référait à son **expérience personnelle** (E1 : *« Avec les enfants, bah je suis passé qu'externe en pédiatrie mais j'ai des enfants moi-même donc j'arrive à peu près à voir comment ça fonctionne » ; « Ça aussi ça me vient de mon expérience personnelle »).*

Pour d'autres internes, la compétence communicationnelle **« se travaille » (E6)** (E6 : *« c'est quelque chose qui à la fois s'écoute en cours, ça se travaille je pense. Ça se travaille, c'est pas quelque chose… »* ; E7 : *« c'est pas innée la communication »).*

Ils évoquent un **« travail mental »** (E10 : *« le travail mental de dire « mais pose des questions ouvertes, pose des questions ouvertes ! » »*) et une **intellectualisation de la communication** (E11 : *« Ah oui, un vrai travail intellectuel et puis le soir j'étais crevé quoi »*, E12 : *« Bah oui oui, c'était une vraie réflexion, des fois je laissais pas la personne parler pour poser une question plus ouverte. »*, E13 : *« Enfin à chaque fois fallait que je réfléchisse et que je me dise de poser des questions ouvertes »).*

Pour ces internes, la communication **n'était pas naturelle** *(E10 : c'était pas forcément un raisonnement naturel chez moi », E12 : « Donc du coup poser des questions pour que les gens aient un peu plus l'espace pour s'épancher c'était pas naturel »)* **et source de difficulté et de fatigue** *(E11 : « Enfin crevé quoi », E13 : « Mais je sentais que j'y travaillais constamment quoi. Ouais c'est fatiguant »).*

Enfin, les internes décrivent des **niveaux de départ différents** (E3 : *« parce qu'on n'a pas tous les mêmes capacités de communication. »*, E6 : *« je pense que y a des gens qui arrivent en fait direct en mode compétent dans certains trucs et … On part pas au même niveau quoi. On part pas de la même ligne de départ, y a des gens qui sont déjà très doués là-dedans et d'autres où ils vont avoir besoin beaucoup plus à travailler »),* ainsi que des **niveaux de lecture différents** (E8 : *« Y a différents degrés de communication »,* E11 : *« Mais je trouvais sa communication bien, sans faire la réflexion sur l'outil de communication en lui-même. »,* E12 : *« Des fois y avait différents niveaux de lecture »).*

2.3 Déroulé du stage de médecine générale

2.3.1 Début de stage

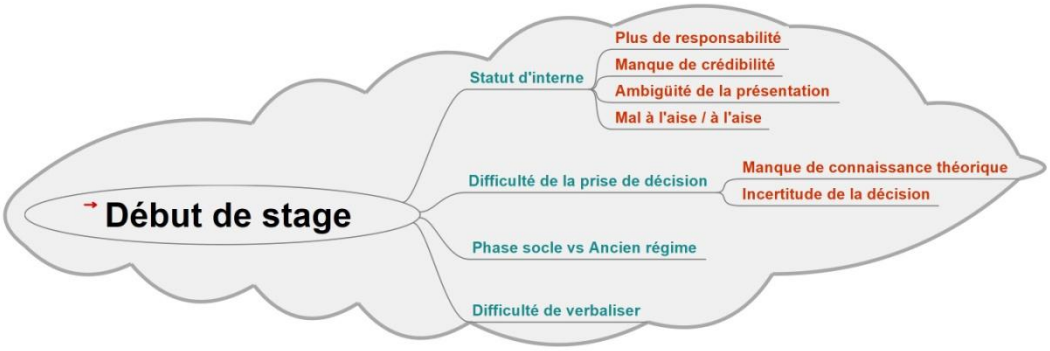

Figure 10 : Début de stage

2.3.1.1 Statut d'interne

Certains étudiants notaient **une évolution entre les statuts d'externe et d'interne** (E2 : *« Bah je trouve qu'on est beaucoup plus…enfin j'ai fait que des stages d'externes auparavant… mais je pense qu'on n'a pas forcément la même vision en tant qu'externe et en tant qu'interne. »),* leur conférant **plus de responsabilité** *(E7 « Oui c'est ça. Enfin pas chef (rire), mais plus responsable c'est sûr oui. Dans la prise de décision. »).*

La plupart d'entre eux considéraient que **le statut d'interne manquait de crédibilité** *(E5 : « je suis étudiant mais faut que j'ai un peu de crédit quand même », E12 : « J'étais l'interne et je comprends qu'on aurait pu me dire « Ah mais vous êtes sûre, vous êtes qu'étudiante » »)*. **La place** que devait occuper l'interne n'était **pas toujours évidente pour eux** *(E5 : « c'était dur de se placer », E10 : « y a plus ce côté « c'est l'interne », le stagiaire du médecin »).*

Une interne notait **l'ambigüité de la présentation de l'interne au patient** (E11 : *« On m'a aussi dit de pas me présenter comme une interne mais comme le docteur. Mais bon je suis quand même interne au final. »).*

Cependant, les internes étaient **bien accueillis** par les patients (E5 : *« Ils se confient assez facilement au final, c'est d'ailleurs ce qui m'a un peu étonné au début. Parce que moi j'étais que l'interne », E11 : « En fait je trouve que les patients sont assez tolérants au final avec les internes »).*

Beaucoup d'internes ont été **mal à l'aise pour communiquer avec le patient** en début de stage (E3 : *« Au début c'est vrai que y avait quelques difficultés », E6 : « quand on arrive en début de stage de médecine générale on n'est quand même pas très à l'aise »).* D'autres se sont sentis **à l'aise dès le début** *(E8 : « J'avais pas trop trop de difficulté, pas de peur, pas d'appréhension, pas de timidité », E13 : « je suis assez à l'aise à l'oral, je fais du théâtre, je suis quand même assez à l'aise avec les patients »*

Un interne évoquait au début du stage **une consultation « protocolaire »** (E3) *(E3 : « on n'écoute pas trop quand ils nous parlent de leur famille »).*

2.3.1.2 Difficulté de la prise de décision

Les internes ressentaient **un manque de connaissance théorique sur la médecine générale** *(E12 : « en fait là où je me suis senti un peu en difficulté, c'était sur ma connaissance théorique » ; « parce que en termes de ressources, etc, je ne connaissais rien. Et même en termes de connaissances, c'est tout con, je savais prendre une insuffisance cardiaque aux urgences, je savais pas comment on faisait pour une mycose de l'ongle (rire). Donc y avait aussi vraiment le côté connaissance »).*

Il en découlait pour eux une **difficulté à accepter l'incertitude de la décision médicale** (*E5 : « la gestion de l'incertitude qui est très compliqué au début », E12 : « enfin en termes de décision médicale, d'assurance dans ces décisions quelles qu'elles soient, au début c'était difficile »).*

2.3.1.3 Phase socle vs ancien régime

Les internes ayant **déjà fait plusieurs semestres semblaient plus à l'aise** au début du stage pour communiquer avec les patients (*E6 : « c'est plus facile je trouve déjà de commencer un début de troisième stage en médecine générale en ayant fait deux stages avant », E8 : « ça allait, j'avais quand même l'impression d'avoir un peu d'expérience parce que c'était mon quatrième semestre »).*

Une interne était **satisfaite** de réaliser son stage en médecine générale **dès la première année d'internat** (*E12 : « Non c'est bien qu'il ait été mis en première année. Parce que déjà on sait si on est dans la bonne voie ou pas, et puis ça permet de relativiser un peu, je trouve ça bien. »).*

2.3.1.4 Difficile de verbaliser

Certains internes avaient des **difficultés pour verbaliser** auprès du patient (*E11 : « j'étais un peu gênée et du coup j'ai commencé à expliquer ce que c'était en disant que c'est des marqueurs de prostate, c'est pour savoir si y a un problème… et j'ai fait « Et…et …et …et », je suis devenue rouge… et le patient finit par me dire « c'est pour détecter le cancer ! ». Et là j'ai fait « Oui ! ». Et j'arrivais pas à dire le mot cancer. » ; « je le savais très bien qu'il fallait le dire, mais je sais pas j'ai complètement buggé »).*

2.3.2 Observation

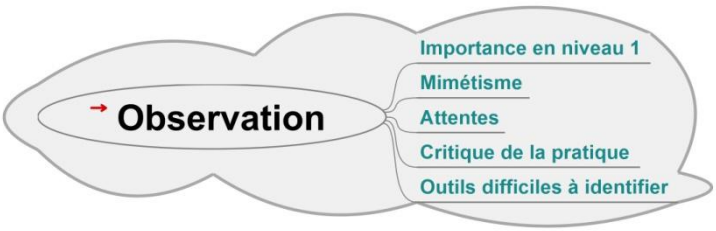

Figure 11 : Observation

La **phase d'observation** était **importante** pour beaucoup d'internes *(E6 : « Le temps d'observation directe est vachement important dans le stage de niveau 1 parce que t'as quand même des gens d'expérience, ils ont forcément plus d'expérience que toi » E12 : « J'ai beaucoup appris en regardant mes MSU aussi, par l'observation, parce que je voyais qu'ils étaient différents en fonction des gens qu'ils avaient devant eux » ; E13 « Ouais mine de rien en observant ça fait beaucoup plus progresser sur la communication »).*

Cette phase permettait à la plupart des internes de progresser en communication par « **mimétisme** » (E5, E9) (E1 : *« J'avoue que y a des choses que je reprends assez… », E6 : « j'ai utilisé la façon de faire de mes maitres de stage je pense », E8 : « surtout la façon de faire, tu t'imprègnes en fait de plusieurs façons de faire »).*

Pour un interne, ceci était plus particulièrement sur **le non verbal** *(E4 : « le non verbal, je les ai pas mal observés » ; « je pense que tu peux apprendre de ça, sans forcément en parler tu vois après »).*

Un interne évoquait cette phase d'observation dans ses **attentes** vis-à-vis du stage en médecine générale *(E8 « sur le plan de la communication, ce que j'attendais de ce niveau 1, c'est m'imprégner des autres médecins, et m'accaparer ce qui me plait chez eux. Les petites techniques, par exemple en pédiatrie, des phrases d'accroche. Le fait de voir comment les gens font, ça te donne plusieurs façons de faire, de demander »).*

De nombreux internes notaient une progression par la « **critique** » (E6) de ce qu'ils observaient *(E6 : « le fait de voir comment ils font comme ça, d'avoir un œil extérieur sur ce qu'ils font et comment ils le font… d'ailleurs des fois toi tu le feras pas comme ça, mais au moins d'avoir un œil critique positif ou négatif sur le sujet c'est intéressant, c'est vraiment une des parties intéressantes du niveau 1. », E13 : « A les regarder… ouais à les regarder y avait des choses que je voulais pas reproduire sur le non verbal »).*

Deux internes relataient avoir fait **peu d'observation** (E1 : *« Euh pas d'observation je veux dire. Non j'ai pas eu ça donc j'ai pas vraiment pu voir comment ils travaillaient. », E7 : « L'observation c'était assez court finalement, quelques jours »).*

Enfin, deux internes n'avaient **pas identifié facilement les outils** de communication malgré l'observation *(E11 : « Mais le MSU qui était hyper dans la communication, j'ai pas remarqué ses outils de communication tant qu'il me l'avait pas dit », E12 « Bah ça ça dépendait. C'était pas toujours évident. Et des fois elle me disait « T'as vu il a fait ça », « ah non j'avais pas interprété comme ça t'as raison » »).*

2.3.3 Supervision directe

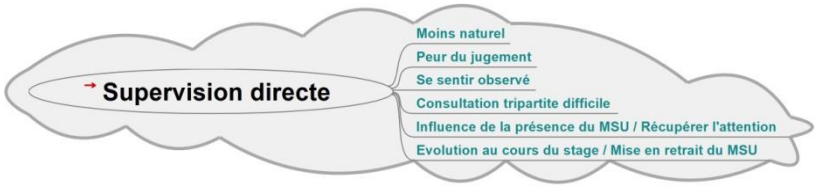

Figure 12 : Supervision directe

Un interne avait fait **peu de supervision directe** (E1 : *« Non, juste une matinée. Je crois que ça l'a rapidement soulé le MSU avec qui j'étais donc voilà »).*

Les internes trouvaient la communication en supervision directe « **moins naturelle** » (E10) (*E6 : « quand t'es en supervision directe, tu te sens vachement… euh… t'as quelqu'un derrière toi quoi, donc je pense que tu agis pas pareil. T'es moins naturel, t'es un peu plus stressé, et puis t'as tendance à regarder un peu derrière », E13 : « Je trouve que j'avais une communication moins à l'aise en fait »).*

Un interne s'est senti **à l'aise dès le début** *(E9 : « j'étais à l'aise quand j'étais en supervision directe, leur présence me stressait pas forcément »).*

Beaucoup d'internes exprimaient une **peur du « jugement »** (E10, E12, E13) devant leur maître de stage universitaire (MSU) (E5 : *« me sentir jugé j'aime pas ça », E10 : « même s'ils sont pas forcément dans le jugement mais de dire on fait attention à ce qu'on dit »)*.

La supervision directe donnait l'impression aux internes de **se sentir « observés »** (E4, E5) (E2 : *« Et je pense que c'est pas forcément facile de communiquer naturellement avec un patient quand y a quelqu'un qui nous regarde (rire). Surtout si ça part sur un truc un peu compliqué quoi. », E4 : « au début, se sentir observée, c'est pas facile du tout »).*

Les internes avaient une **communication différente** (E13) en présence du MSU et seul avec le patient (E2 : *« Je sais que sur la communication, je ne communique pas pareil, j'ai pas la sensation de parler de la même façon si le médecin est là ou pas. », E6 : « c'est différent en fonction de si y a le MSU ou si on est tout seul »).* Il en résultait une **consultation tripartite** *(E6 : « dans la supervision directe, t'as une réaction à la fois en fonction de la personne que t'as en face de toi, et en même temps le MSU réagit. »).* Pour ces internes, la présence du MSU les rendait **mal à l'aise** *(E4 : « des fois tu te sens pas à l'aise, même des fois le patient il te raconte une blague, t'as envie de renchérir mais bon tu te dis qu'il est à côté donc…voilà. », E5 : « le début du semestre j'ai trouvé ça plus dur de parler avec les patients, de les écouter, d'examiner avec mon maître de stage là »).*

La présence du MSU **parasitait également la communication du patient** (*E5 : « la supervision directe c'était pénible parce que tu poses une question au patient et le patient souvent répond au médecin », E7 : « Le patient ne nous regarde pas, on essaie de parler et enfin… l'échange il passe souvent par le MSU au début. »).*

Une interne essayait de **« récupérer l'attention »** *(E9 : « des fois je pouvais être un peu insistante du regard » ; « j'allais peut-être les couper en leur posant une autre question, leur rappeler que c'est moi qui leur parle et pas le MSU »).*

Une seule interne déclarait avoir **une communication identique avec ou sans MSU** *(E9 : « je pense que j'étais pareil que quand j'étais toute seule »).*

Toutefois, la plupart des internes notaient **une évolution au cours du stage** (E6 : *« le MSU transmet au patient le sentiment que ça va mieux. C'est-à-dire qu'au début ils sont vachement à te dire des trucs, un peu dirigiste, alors qu'ils sont en supervision directe. Et en fait à la fin les consultations c'est « ah bah vas-y commence la consultation », ils arrivent au bout de 20 minutes de consultation, c'est terminé et voilà quoi »),* avec

une « **mise en retrait** » (E7, E10, E11) volontaire du MSU *(E7 : « Au final c'est surtout le MSU qui se met en retrait après, qui essaye de dire aujourd'hui c'est elle le chef… », E10 : « les maitres de stage en eux-mêmes ont su se mettre en retrait »).*

Les internes se sentaient également **plus à l'aise avec le MSU** *(E10 : « Au fur et à mesure du temps on est plus à l'aise avec le maitre de stage », E11 : « Mais à la fin on faisait plus des consultations triangulaires à trois, et j'aimais bien parce que y avait un côté vieux médecin sage qui sait tout, et la nouvelle tout fraichement sortie des études qui a des connaissances nouvelles »).*

2.3.4 Supervision indirecte

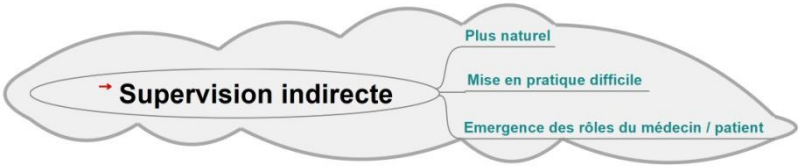

Figure 13 : Supervision indirecte

Certains internes ont fait **peu de supervision indirecte** (E2 : *« Y en a qui m'ont laissé diriger l'entretien dès le début avec eux à côté. Mais pas vraiment en autonomie toute seule. », E13 : « c'est vrai que je faisais très peu de consultation toute seule moi »).*

Un autre interne en revanche a été **rapidement mis en supervision indirecte** (E9 : *« avoir des consultations en supervision indirecte assez vite »).*

Pour la plupart des internes, la communication en supervision indirecte était **plus naturelle** (*E6 : « Alors qu'en supervision indirecte t'as pas ce problème-là, t'es plus naturel, t'es moins stressé, ta réaction se fait que en fonction de la personne que t'as en face de toi », E13 : « Toute seule avec le patient en supervision indirecte, j'étais vraiment beaucoup plus à l'aise que quand j'étais avec le MSU en supervision directe. »).*

Pour un interne, la supervision indirecte était l'occasion de **tester sa communication** (E12 : *« en supervision indirecte […] je pouvais un peu plus me faire les dents sur la communication, tester des trucs. »).*

La **mise en pratique** pouvait cependant être **difficile** (E10 : *« la difficulté au départ pour commencer, c'est justement ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est de se dire « mais en fait c'est facile de parler seul avec le patient », et puis on se retrouve seul face au patient et on se dit « mais en fait c'est pas si facile que ça »… »).*

L'émergence des rôles du médecin et du patient était tout de même **facilitée** par la supervision indirecte (E10 : *« Là y avait un médecin et un patient. Comme leur rôle émergeait plus facilement, était plus facilement lisible par le patient, je trouve que c'était beaucoup plus simple parce que le patient s'adressait à toi comme un médecin, et donc en retour, c'était plus simple dans la communication »).*

2.4 Particularité du niveau 1

2.4.1 Place du MSU

Figure 14 : Place du MSU

Pour certains internes, **l'expérience du MSU** conditionnait le déroulé du stage (*E8 : « Ça dépend des MSU après, celui qui était le moins expérimenté je faisais plus des consultations à deux »).*

Le **choix des MSU** était donc important pour ce stage (*E11 « Bah en fait, j'ai vraiment fait l'effort de choisir avec qui je voulais être en stage de méd gé en MSU » ; « Donc je me suis vraiment renseigné pour avoir des MSU qui me ferait aimer la médecine générale »).*

Un interne avait d'ailleurs **beaucoup d'attentes vis-à-vis de l'apport des MSU** sur sa compétence communicationnelle *(E11 « Du coup j'attendais qu'on m'en fasse davantage. Mais on m'en a pas assez fait, pour moi on m'a pas assez reprise sur la communication » ; « C'est vrai que là-dessus j'aurais bien aimé qu'on me reprenne plus, parce que c'est comme ça qu'on apprend. »).*

La majorité des internes avaient eu des **retours de la part des MSU** sur leur manière de communiquer *(E8 : « peut-être que je communique différemment parce qu'on apprend des trucs au fur et à mesure qu'on communique et qu'on échange avec les MSU », E9 : « c'est mon maitre de stage qui me l'a fait remarquer »).*

Des internes notaient cependant que **certains MSU ne faisaient pas autant de retours que d'autres** *(E4 : « y en a certains qui te poussent plus à essayer de réfléchir sur ta pratique, tout ça alors que d'autres non. », , E11 : « j'avais pas l'impression de forcément mal à faire, et j'avais un MSU qui voyait rien parce que je*

pense que lui il était content, il trouvait qu'en clinique je me débrouillais, donc il m'a laissé très vite faire des consultations autonomes »).

Les MSU avaient fait **rapidement confiance** aux internes (E5 : *« En fait mes deux MSU partaient du principe que maintenant qu'il y avait l'internat…euh… avec notre formation, que j'étais meilleur qu'eux », E9 : « Ça s'est fait assez vite, naturellement, ils m'ont dit qu'ils m'avaient fait confiance assez vite »).*

L'ouverture des MSU à la discussion avec l'interne était appréciée *(E9 : « il était je pense très ouvert à la discussion » ; « il était assez ouvert à la discussion là-dessus »).*

Les internes évoquaient également leur propre **retour sur la communication du MSU** (E9 : *« des fois c'est l'inverse, c'est mon MSU qui me demandait « est-ce que y a des choses t'as l'impression que je pourrais améliorer etc ? » », E12 : « A force de les connaitre aussi eux, je leur disais « Ah mais t'as du mal avec lui », parce que je voyais comment se passait la consultation, c'était différent d'avec les autres patients de la journée »).*

La possibilité de **comparer les manières de communiquer des différents MSU** était un point positif de ce stage *(E7 : « ça a un côté positif parce qu'on voit des manières de travailler différentes », E8 : « Le fait de faire de manière rapprocher toute la semaine avec un MSU différent, ça te permet de comparer et surtout d'identifier ce qui marche et ce qui ne marche pas quand ça se passe pas bien »).*

Pour beaucoup d'internes, la **rétroaction avec les MSU** était l'un des **objectifs principaux** de ce stage *(E4 : « je trouve que le débrief il est important, c'est vrai que ça t'amène à te poser vraiment des questions » ; « c'est un des buts principaux du maitre de stage, enfin du stage chez le prat, c'est de nous faire…enfin de nous stimuler et de nous faire poser des questions et réfléchir dessus »)*, plus particulièrement en phase de **supervision directe** pour la compétence communicationnelle *(E6 : « Quand j'étais en indirecte, plus du biomédical. Quand j'étais en directe, on parlait souvent de la communication parce que le biomédical finalement j'arrivais à poser la question pendant la consultation »).*

Certains internes pouvaient **manquer de rétroactions** de la part de leurs MSU (E1 : *« en effet, ce qui m'embêtait c'est que j'avais pas de retour sur ce que je faisais, est-ce que je le fais bien, mal, tout ça, on a toujours besoin de retour. », E5 : « Non on a très peu débriefé. Sur tout le stage on a très peu débriefé. »).*

Enfin, la **confrontation à la communication du MSU** était parfois une mauvaise expérience pour les étudiants *(E6 : « Ce qui m'a déplu, c'est le fait des fois d'être en confrontation avec la communication de l'autre, c'est-à-dire au final ne pas être en accord avec sa communication à l'autre », E11 « Ce qui m'a déplu c'est la pratique d'un de mes MSU, mais pas la médecine générale. »).*

2.4.2 Suivi des patients

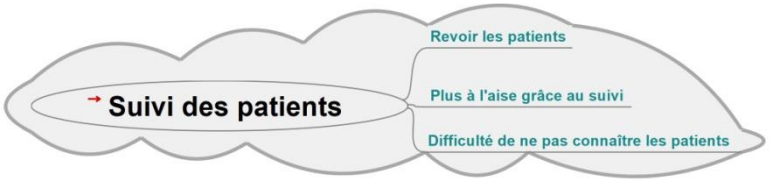

Figure 15 : Suivi des patients

Pour beaucoup d'internes, l'une des particularités du stage en médecine générale était le fait de **revoir les patients** *(E4 : « en fait, en médecine générale, t'as le temps de communiquer alors que à l'hôpital, tu te dis que le patient tu le reverras jamais », E7 : « chez le MSU c'est pas pareil, les patients on les revoit, y a quand même une relation aussi, enfin une story à poursuivre, donc je pense que c'est mieux »).*

La majorité des internes se disaient être **plus à l'aise pour communiquer en revoyant les patients** *(E5 : « en fait plus tu revois les patients, plus tu les connais, plus tu… bah t'es plus à l'aise en fait », E13 : « Bah globalement, c'est d'avoir vu des patients et encore des patients. On se sent plus à l'aise au fur et à mesure »).*

La **communication du patient** était également **facilitée par le suivi** depuis longtemps *(E3 : « Je pense qu'il fera davantage confiance pour livrer son ressenti au médecin traitant, qu'il a habituellement, plutôt qu'à un médecin en hospitalier », E8 « Comme tu les suis depuis des années, bah y a une relation de confiance qui se fait plutôt forte qu'avec un autre médecin que tu vois tous les 6 mois ou ponctuellement »).*

La possibilité du **suivi de patient** était l'une des **attentes** pour un interne (E1 : *« la question des attentes… Bah que ça m'enrichisse parce que par rapport à l'hôpital déjà les patients y avait des chances que je les revois derrière »).*

Les internes éprouvaient une **difficulté de ne pas connaitre les patients** (*E7 « c'est vrai que sans connaitre les patients c'est compliqué », E10 « le fait que les MSU connaissent leur patient c'est vrai que c'est beaucoup plus simple », E11 : « Elle les connait plus, elle a vu la différence que moi j'avais pas perçu spécialement. C'est important de connaitre les gens. »).*

2.4.3 Proximité avec les patients

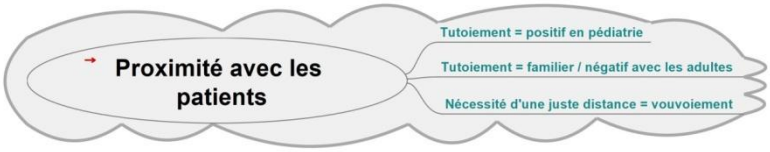

Figure 16 : Proximité avec les patients

La **proximité avec les patients était positive** pour certaines internes *(E5 « être proche de ses patients moi je trouve que c'est bien »).*

Cela passait par le **tutoiement**, notamment avec les **enfants** (E5 : *« je les tutoie pour essayer justement là qu'il y ait une proximité, pour avoir une alliance avec le… les gamins » E6 : « ça me conférait plus de proximité si tu veux à les tutoyer »).*

En revanche pour d'autres internes, la **proximité** des patients était vue comme une **difficulté** *(E5 : « qui le tutoyaient, qu'étaient très familier avec lui […] ça, ça m'a un peu plus gêné, la… cette forte proximité oui », E9 : « j'ai été mal à l'aise parce que le patient me tutoyait »).*

Les internes évoquaient alors la **nécessité d'une distance avec le patient** *(E5 « il faut qu'il y ait quand même une distance qui soit…euh… marquée » ; « je trouve qu'une barrière, c'est un espace minimum, c'est… c'est nécessaire »)*, mais **pas trop distant** non plus *(E13 : « Par exemple je voyais qu'une MSU était très très distante, j'avais pas envie de reproduire ça »).*

Le **vouvoiement** était utilisé comme **outil** pour garder cette juste distance *(E5 « le vouvoiement, qui à mes yeux permet d'avoir cette barrière avec les adultes » ; « déjà de mon souvenir tous ses patients le vouvoyaient, avaient énormément de respect pour lui, ça se voyait »).*

2.4.4 Visite à domicile

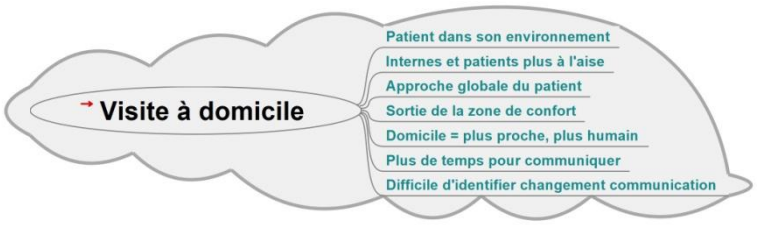

Figure 17 : Visite à domicile

L'une des particularités de la visite à domicile mentionnée par les internes était de voir le ***« patient dans son environnement »*** (E10), modifiant de fait la manière de communiquer avec le patient *(E10 : « On accède au patient dans son environnement et ça nous amène plus de questionnement sur ça de notre part », E11 : « On voit dans quoi ils vivent, ils finissent toujours par parler de choses différentes dont ils n'auraient pas parlé au cabinet »).*

Les internes étaient **à l'aise en consultation à domicile** *(E6 : « ça se passait bien les visites à domicile, j'ai jamais vraiment eu de soucis », E11 : « Mais j'aime bien en fait, parce que y avait les enfants, l'auxiliaire de vie, le chien qui me sautait dessus. Et je me sens à l'aise en fait chez les patients »)*, et ils trouvaient également les **patients plus à l'aise** *(E7 : « Bah déjà y a pas la barrière du bureau quoi. On va chez le patient, il est plus à l'aise je pense, des fois ils arrivent à se livrer un peu plus », E9 : « qu'ils se sentent plus à l'aise parce qu'on est chez eux et pas au cabinet »).*

Pour une majorité d'interne, la **communication était différente** en visite à domicile (E1 : *« je trouve que l'environnement change énormément la communication. », E10 : « ça change plusieurs choses pour moi d'un point de vue communication »),* plus centrée sur une **approche globale du patient** *(E10 : « En cabinet pour moi, c'était un peu la consultation stéréotypée avec un début et une fin », E11 : « je pose des questions un peu moins médicales, plus globales »).*

Les visites à domicile étaient l'occasion pour certains internes de **sortir de leur *« zone de confort »*** (E1) (E1 : *« quand il vient sur mon territoire au cabinet, le cabinet c'est mon territoire, il vient chez moi entre guillemets, je suis entourée de mes objets, y a tout le matériel un peu scientifique qui peut faire peur, y a derrière le bureau, enfin y a tout un truc conventionnel qui fait que voilà, il vient chez le docteur. »)*, avec des consultations « moins maitrisées » (E6) *(E6 : « Ouais c'était différent. C'était moins organisé je trouvais, un peu plus fouillis »).*

La visite à domicile permettait ***« plus de proximité »*** (E7, E10) mais aussi un cadre **plus intime** *(E8 : « Bah…euh… tu deviens un peu le médecin famille, tu rentres dans l'intimité du patient », E12 « Donc y avait des questions beaucoup plus…euh… enfin c'était plus intime dans le sens où y avait aussi un commentaire de l'environnement etc. C'était vraiment différent »).*

Les internes évoquaient également une **dimension plus humaine des patients** au domicile *(E1 : « je trouve que ça donne une autre dimension au patient, ça l'humanise encore plus. » ; « Je sais pas si ça renforce l'empathie mais en tout cas je trouvais que ça apportait une touche en plus »).*

Cela passait également par une **posture différente** des internes à domicile *(E8 : « Plus imprégner par l'environnement et puis c'est plus un travail que tu vas faire sur toi-même quand tu vas chez quelqu'un », E9 : « chez les gens donc c'est peut-être une posture différente »).*

Deux internes évoquaient prendre **plus de temps au domicile pour communiquer** (E7 : *« on a plus de temps du coup. Enfin en tout cas on prenait plus de temps quand on allait en visite chez les patients », E10 : « on avait plus de temps, on discutait beaucoup plus de tout et rien à domicile qu'en cabinet »).*

Pour certains internes, il était **difficile d'identifier ce qui changeait sur la communication** au domicile du patient (E8 : *« J'arrive pas à identifier ce qui change. C'est une manière différente » ; « C'est difficile de mettre des mots, c'est plus un ressenti. » E12 : « J'aurais du mal à comparer, à mettre un niveau de communication sur l'un ou l'autre. »).*

Un interne ne voyait **pas de différence de communication** entre la consultation au cabinet et celle à domicile *(E13 : « Hum j'ai pas vu tant de différences que ça au niveau communicationnel. C'était similaire au cabinet. Non franchement pas de différences, ils parlaient toujours autant de la pluie et du beau temps, de leur famille, mes trois MSU étaient comme ça. »).*

2.4.5 Instantanéité de la réponse

Les internes évoquaient le **caractère instantané de la réponse** attendue par le patient comme une caractéristique de la médecine générale (E5 : *« il faut quand même répondre tout de suite. Et ça c'est qui est dur en médecine générale », E6 : « tu vois quelqu'un qui vient pour quelque chose d'aigue… euh… attend une réponse directe, immédiate »*, les mettant pour partie en difficulté car **ne pouvant pas *« s'échapper »*** (E10) ou se soustraire au patient comme en milieu hospitalier *(E10 : « le patient qui te pose une question et qui te met en défaut, au cabinet tu peux pas t'échapper », E12 : « ce qui était un peu déboussolant en tant qu'interne, c'est que je pouvais pas m'en aller pour aller vérifier mon info dans le bureau à côté et revenir en disant « Ah c'est bon je sais » (rire). C'est la différence notable. On peut pas se sauver, vraiment. »)*.

2.4.6 Prise en charge globale

Le stage en médecine générale permettait aux internes **une prise en charge plus globale du patient** (E10 : *« on prend plus le patient dans sa globalité », E12 : « En médecine générale, on prend plus en compte le contexte etc »).*

2.4.7 Gestion du temps

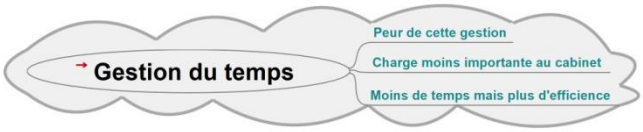

Figure 18 : Gestion du temps

Pour beaucoup d'internes, la gestion du temps en médecine générale était **une inquiétude** (E1 : *« Donc bon globalement ça m'a un peu détendue, parce que moi quinze minutes ça me faisait peur. Je peux pas. », E5 : « moi ça m'a fait peur »),* mais aussi une **attente** vis-à-vis du stage en médecine générale *(E8 : « euh… apprendre à gérer une consultation. Apprendre à faire une consultation sur le plan du temps tout simplement », E13 : « Mais je me dis voilà quand je serais toutes les vingt minutes, j'aurais une progression à faire. J'ai un peu progressé je pense, mais je me fais toujours avoir avec des consultations de 45 minutes quoi. »).*

La majorité des internes évoquaient des **difficultés liées aux consultations successives** en médecine générale *(E5 : « Ce qui m'a déplu, bon là c'était… je sais pas si… je pense que c'est un peu partout pareil, à V. y a vraiment beaucoup de patients », E9 : « par rapport à la communication c'est toujours frustrant quand on a encore des choses à dire et qu'on voit qu'on est déjà en retard et qu'il faut écourter », E11 : « L'impression d'être pressé. »).*

Un interne trouvait que **la pression** (E8 : *« Y a pas de pression hiérarchique qui te dit « Faut que tu fasses ça, va plus vite, t'as pas demandé tel examen » »)* et **la charge de travail** était **moins importante** au cabinet (E8 : *« Donc c'est vrai que la charge de travail est moins importante on va dire au cabinet » ; « C'est pas que y a moins de travail au contraire, mais tu te dégages plus de temps et t'as moins de pression »).*

Un autre interne expliquait avoir moins de temps au cabinet mais plus d'efficience (E10 : *« le temps est restreint, mais j'ai l'impression qu'on utilise mieux ce temps restreint au cabinet » ; « dans ce temps qui est imparti et qui est rapide, on utilise n'importe quel moment de la consultation » ; « on ne fait que communiquer, de l'interrogatoire à l'examen clinique jusqu'à la poignée de porte et parfois au-delà »).*

Enfin, un interne disait **prendre plus le temps de communiquer** au cabinet (E8 : *« Je pense qu'on prend plus le temps de communiquer au cabinet »).*

2.5 Evolution de la compétence communicationnelle des internes

2.5.1 Apprentissage progressif

L'apprentissage des internes a été **progressif** (E5 : *« c'est quelque chose qui a été plus progressif », E9 : « j'ai surement progressé au fur et à mesure »).*

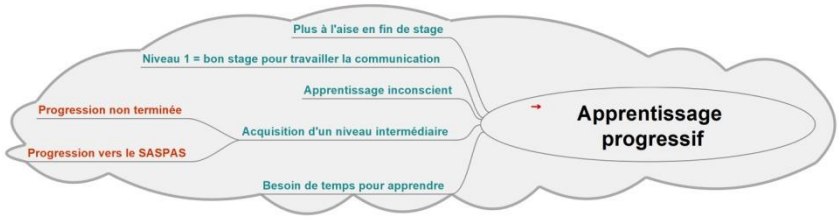

Figure 19 : Apprentissage progressif

2.5.1.1 Plus à l'aise en fin de stage

En grande majorité, les internes se sont sentis plus à l'aise en fin de stage pour communiquer avec les patients *(E4 : « je sens que je gère mieux donc du coup je suis plus à l'aise et je gère mieux mes sujets », E11 : Ça va mieux je me sens plus à l'aise avec les patients », E13 « Peut-être de plus en plus à l'aise quand même effectivement. »).*

2.5.1.2 Niveau 1 = bon stage pour travailler la communication

La plupart des internes estimaient que le stage en médecine générale était utile **pour travailler la compétence communicationnelle** *(E6 : « ce qui m'a plu, ça a été je pense le stage au niveau communicationnel où j'ai le plus évolué, dans justement l'acquisition des outils, des façons d'être et des façons de faire, de l'expérience communicationnelle », E13 : « C'est le côté le plus intéressant pour moi en niveau 1, observer la communication et qu'on nous observe sur notre communication. »).*

Certains internes trouvaient également que le stage en médecine générale était **la meilleure période** pour **réaliser une formation théorique** à la communication *(E8 : « peut-être qu'on devrait, dans ce stage, incorporer un moment où on nous apprend ces techniques, parce que c'est finalement pendant ce stage qu'on peut le mieux le pratiquer », E13 « Pour moi le mieux c'est de les faire au milieu du niveau 1, parce que faut*

être témoin de ce qui va pas, voir les difficultés, et après faire la formation pour obtenir les outils pour communiquer »).

2.5.1.3 Apprentissage inconscient

Pour certains internes, l'apprentissage de la compétence communicationnelle a été en partie **inconscient** *(E10 : « c'était plus un ressenti que en me disant tiens là j'ai vu un truc c'est un outil qu'il a utilisé », E12 « Enfin j'ai essayé un peu quand j'y pensais, parce que y a beaucoup de choses qui sont restées inconscientes aussi… »).*

2.5.1.4 Acquisition d'un niveau intermédiaire dans la compétence communicationnelle

Les internes estimaient avoir acquis un niveau intermédiaire dans leur compétence communicationnelle, avec une **progression non terminée** *(E8 : « J'ai pas l'impression de l'avoir acquis tout à fait ouais. », E13 « Sur le côté logorrhéique de donner des arguments, je suis toujours en travail là-dessus et je sais que j'ai encore à progresser. »).*

Les internes considéraient que leur progression se ferait à travers leur **stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS)** *(E2 : « Après voilà avec plus d'autonomie en saspas, j'aurais peut-être plus l'occasion de développer sur cette compétence-là. », E8 : « Parce que si tu l'as acquis en niveau 1, en saspas je pense que ça se passe bien, et même après »).*

Un interne pensait que sa **progression était terminée** à l'issue de son stage en médecine générale de niveau 1 *(E11 : « Je sais pas si je peux attendre plus. J'ai l'impression qu'il m'a tout appris aussi, je me pose pas la question de si y a plus »).*

2.5.1.5 Besoin de temps pour apprendre

Certains internes trouvaient la **durée du stage trop courte**, ce qui freinait leur progression *(E5 : « déjà 6 mois j'ai trouvé ça court », E7 : « Ce qui m'a déplu…euh… c'est court et le fait qu'on change effectivement de MSU tout le temps »).*

2.5.2 Evaluation au cours du stage en médecine générale

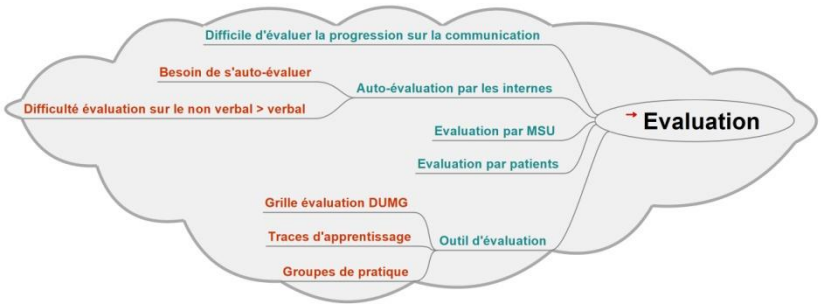

Figure 20 : Evaluation au cours du stage en médecine générale

2.5.2.1 Difficile d'évaluer la progression sur la communication

Les internes avaient des difficultés pour évaluer précisément leur progression sur la communication *(E2 : « Hum… j'arrive pas à trouver les termes… je…(silence 6s). Je sais que ça a changé, mais maintenant te dire comment c'est un peu compliqué. », E7 : « je sais pas si j'ai changé beaucoup de ce point de vue. J'ai pas…. Non je pense pas. », E10 : « On parle de quelque chose qui est tellement subjectif que pour moi évaluer ça c'est difficile. C'est du ressenti »).*

2.5.2.2 Auto évaluation par les internes

Les internes avaient **besoin de s'auto-évaluer** (E6 : *« je me disais à chaque fois oui ça j'ai fait, j'ai rempli, j'ai tout rempli… et surtout pendant mon stage de médecine générale » ; « ça serait bien de faire de l'auto évaluation là-dessus. De se dire soi-même, de faire un travail soi-même »).*

Ils avaient cependant des **difficultés** pour réaliser cette **auto-évaluation** *(E9 : « c'est difficile de s'auto évaluer »),* surtout **sur la communication non verbale** *(E10 : « je suis pas certain d'avoir le retour sur moi-même pour parler… le verbal c'est facile, mais tout ce qui est non verbal…euh… » ; « les outils pour la communication non verbale je les palpe pas oui. Plus difficilement en tout cas. », E12 : « Bah je me vois pas. Sur du verbal je m'entends parler, mais sur le non verbal je me vois pas »).*

2.5.2.3 Evaluation par les MSU

L'évaluation de la compétence communicationnelle des internes se faisait essentiellement **par les MSU** *(E8 : « C'est important de dire à un moment si ce que tu fais c'est bien ou pas. Si on te le dis pas, la prochaine fois tu hésiteras à nouveau sans savoir si tu fais bien », E10 : « j'ai pas forcément fait le travail d'évaluation, c'est les MSU »).*

2.5.2.4 Evaluation par les patients

Les internes évaluaient également leur compétence communicationnelle **par les retours des patients** *(E6 : « Pendant le stage j'ai vu des changements. Ou même j'ai vu des gens en tout début de stage et à la fin qui m'avaient dit « Ah oui on sent que vous êtes plus à l'aise…euh… » », E13 : « c'est vrai que y avait un patient qui m'avait …euh… à qui j'avais posé les questions de façon un peu militaire, et puis à la fin il m'a dit « Vous m'avez beaucoup stressé parce que vous m'avez posé les questions à la chaine, et je voulais vous dire que ça m'a beaucoup stressé ». C'est vrai qu'après ça je faisais beaucoup moins d'entretien militaire. »).*

2.5.2.5 Outils d'évaluation

Les internes ont utilisé **divers outils** pour évaluer leur compétence communicationnelle :

- **La grille d'évaluation des compétences du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)** *(E12 : « Et du coup avec la grille d'évaluation du DUMG novice, intermédiaire, compétent, j'arrivais à évaluer. Et c'était pas mal pour essayer de s'évaluer sur trois niveaux comme ça. Ça donne un aperçu très littéraire de ce qui est attendu comme niveau de communication. »).* Les internes avaient cependant des **difficultés à son utilisation en pratique** *(E6 : « en fait sur le portfolio du DUMG ils ont fait deux trucs que j'ai toujours pas réussi à trop saisir […] des fois on a un peu l'impression que c'est arbitraire », E9 : « Les grilles d'évaluations du DUMG, novice intermédiaire et compétent, c'était assez flou »).*
- **Les traces d'apprentissages** *(E12 : « Un peu au travers des traces d'apprentissage parce que je me suis rendu compte qu'elles étaient très centrées sur la communication dans la marguerite des compétences »).*
- **Les groupes de pratique** *(E13 : « Et puis en groupe de pratique y avait une collègue qui avait parlé justement de la communication non verbale, et ça m'avait vachement fait réfléchir sur ma propre attitude, les mains croisées, les bras croisés »).*

2.5.3 Outils de communication qui ont progressé

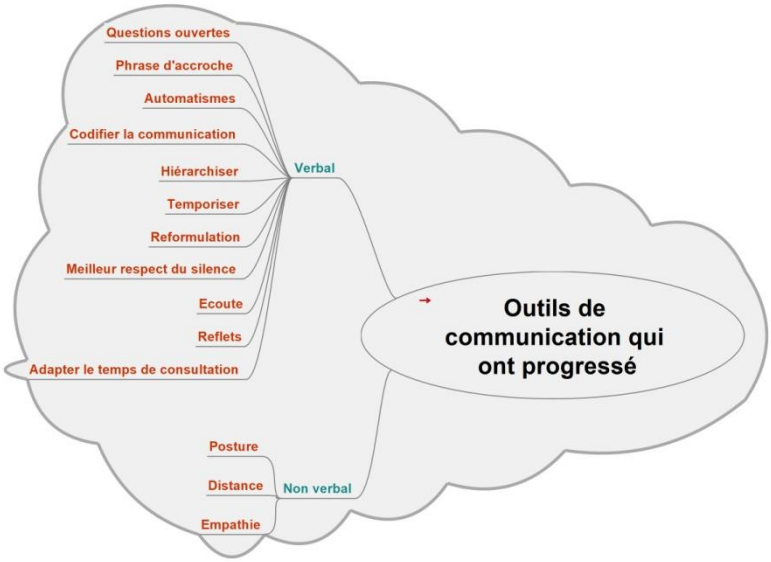

Figure 21 : Outils de communication qui ont progressé

Les internes notaient une progression sur des **outils verbaux** :

- **Questions ouvertes** : beaucoup d'internes utilisaient plus des questions ouvertes en fin de stage *(E7 : « Oui quand même. J'essaye de poser des questions un peu plus ouvertes déjà », E12 : « donc après j'étais un peu plus vigilante en début d'entretien à ouvrir un peu plus et essayer de faire le moins de questions fermées possible »),*
- **Phrase d'accroche** (*«E6 : « au fur et à mesure du stage j'ai eu des phrases un peu toutes faites, des phrases d'accroche, de départ et de fin aussi pour conclure les consultations »),*
- **Automatisme** (E5 : *« des petits mécanismes automatiques qu'on sort » ; « y a des automatismes qui sont venus »),*
- **Codifier la communication** *(E6 : « c'est très codifié » ; « quand c'est codifié, sur le relationnel c'est plus facile je trouve, de trouver des informations codifiées »),*
- **Hiérarchiser** les informations *(E5 : « ces informations elles doivent être hiérarchisées, y en a qui sont importantes, y en a qui le sont moins », E6 : « beaucoup plus facile à partir de ce moment, pour nous, de dire « ah bah ouais d'accord, on hiérarchise à partir d'un ou deux trucs » »),*
- **Temporiser** *(E5 : « temporiser la situation », E9 : « revoir le patient, fixer un autre rendez-vous, étaler dans le temps plusieurs consultations plutôt que de tout faire sur un seul temps limité »),*

- **Reformulation** *(E7 : « j'ai essayé de reformuler », E8 : « ah oui, sur le fait de reformuler, c'est quelque chose qui a changé »),*
- **Ne pas couper le patient** *(E2 : « Parce que… je sais pas j'essaye de laisser plus parler le patient au début sans le couper » ; « Donc c'est vrai que j'essaye maintenant de plus laisser le patient raconter ce pourquoi il vient sans trop le couper dès les premières secondes »),*
- **Silence** *(E11 : « ça peut m'arriver. Je respecte certains silences, comme quand je sens que la patiente n'est pas bien, au bord des larmes par exemple… mais… »),*
- **Ecoute** *(E6 : « au fur et à mesure même sur d'autres choses j'écoutais beaucoup plus les gens quoi », E11 : « Je suis plus dans une position d'écoute »),*
- **Reflets** *(E7 : « de faire des reflets »),*
- **Adapter le temps de la consultation** *(E8 : « Parfois quand on sent qu'on doit dépasser de son planning de consultation, on le fait quand même si on pense qu'il faut le faire » ; « Je pense qu'au moins y aura ce temps dédié, c'est pas parce qu'on est en retard de 15 min sur son créneau qu'il faut à tout prix se dépêcher. Faut prendre le temps pour chaque patient et puis voilà on est là pour ça. »).*

Ils ont également progressé dans des **outils non verbaux** :

- **Posture** *(E8 : « Et ça fait partie des choses qu'on apprend en médecine générale. L'attitude c'est aussi une manière de communiquer quoi. », E12 : « j'ai eu un peu plus conscience de comment je me tenais éventuellement »),*
- **Distance** *(E13 : « Oui, pas trop proche non plus, mais pour soutenir le patient »),*
- **Empathie** *(E3 : « y a l'empathie envers les patients » ; « la bienveillance envers le patient », E13 : « être dans une attitude empathique »).*

2.6 Différences entre stage en médecine générale et stage hospitalier

2.6.1 Contextes différents

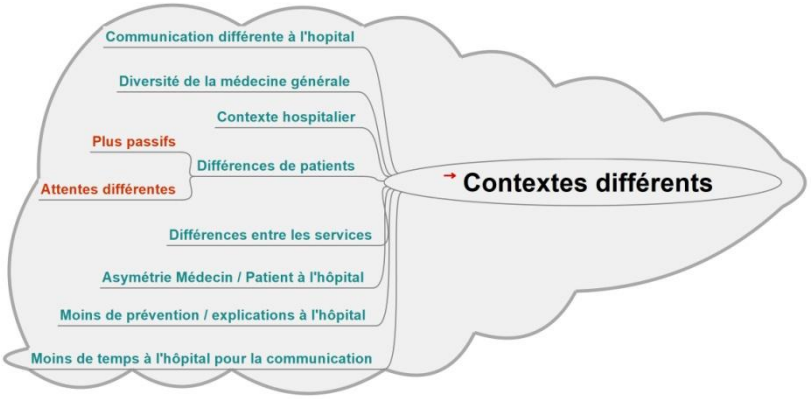

Figure 22 : Contextes différents

2.6.1.1 Communication différente à l'hôpital

La plupart des internes estimaient la **communication différente** en stage hospitalier par rapport au stage en médecine générale *(E7 : « l'environnement est pas le même et je pense que ça influence pas mal aussi », E10 : « c'est pas forcément qu'on communique moins, mais on communique différemment », E12 : « Les questions qu'on pose, la façon dont on les pose, c'est pas pareil. On communique pas pareil non »).*

Pour certains, ils **communiquaient moins** en stage hospitalier *(E9 : « je pense qu'on communique moins en milieu hospitalier », E10 : « Y a beaucoup de moins de communication », E11 : « à l'hôpital la communication avec le patient elle est quand même assez limitée »).*

2.6.1.2 Diversité de la Médecine Générale

Pour les internes, la communication était différente en médecine générale du fait de la plus grande **diversité de patients** par rapport à l'hôpital *(E6 : « la variété des situations et des gens. C'est quelque chose qui est intéressant, on voit des gens de tous milieux sociaux », E6 : « la médecine générale on voit de tout, on voit de tout quoi […] c'est ça qui est intéressant et qui fait que y a beaucoup plus de communication en médecine générale »).*

2.6.1.3 Contexte hospitalier

Pour certains internes, la communication avec le patient en contexte hospitalier était **moins globale** *(E7 : « Je pense que j'abordais moins la globalité, on était plus dans le symptôme, dans le voilà… les choses un peu plus classiques entre guillemets à l'hôpital. […] y avait moins le côté « autour du patient ». »)* et **plus technique** *(E8 : « Si ton travail c'est juste de faire ton interrogatoire et de l'examiner, tu vas juste faire ça » ; « - Plus un côté technique à l'hôpital ? - De manière générale oui »).*

Les différences de posture du médecin en ***« blouse »*** et du patient ***« allongé »*** jouaient sur la communication *(E5 « fait qu'on arrive en blouse, qu'ils soient allongés déjà, c'est une grosse différence », E6 : « déjà le fait d'avoir une blouse, d'être à l'hôpital, d'être dans une chambre, le patient dans son lit. L'environnement conditionne beaucoup la communication »).*

2.6.1.4 Différences de patients

Les internes avaient **peu accès à la consultation** en stage hospitalier *(E1 : « En hospitalisation c'est différent parce que si tu le revois en consultation, c'est compliqué pour les internes, moi j'ai pas fait de stage où je pouvais accéder à de la consult »).*

Pour les internes, les patients étaient **plus passifs** à l'hôpital sur le plan communicationnel *(E7 : « à l'hôpital, ils attendent que ça vienne quoi » ; « Je pense qu'il est un peu plus passif à l'hôpital. Il attend un peu plus la question, il va moins parler spontanément »).*

Les patients n'avaient **pas les mêmes attentes** sur le plan communicationnel à l'hôpital *(E3 : « je pense que le patient communiquera différemment, parce qu'il a pas les mêmes attentes je pense d'un médecin à l'hôpital d'un médecin de ville », E11 : « Alors qu'à l'hôpital les patients ne viennent pas forcément pour la même chose. L'attente du patient et le motif n'est pas le même forcément à l'hôpital qu'au cabinet. »).* Ils attendaient plus un résultat technique et moins communicationnel *(E8 : « On va dire qu'à l'hôpital, y a beaucoup plus l'exigence du résultat sur le patient, donc même lui va communiquer différemment qu'avec son médecin traitant » ; « Y a des gens qui vont aux urgences pour avoir un scanner, pas pour voir un médecin »).*

2.6.1.5 Contextes différents entre les services hospitaliers

Les internes retrouvaient des **similitudes** dans la communication en médecine générale et celle dans des services hospitaliers tels que la **gériatrie** *(E6 : « Moi j'ai commencé par le stage de médecine polyvalente, ça se rapprochait au niveau de l'écoute, je passais beaucoup de temps dans les chambres avec les patients un peu chronique ou qui avaient des choses à raconter, ça se rapprochait un peu du stage de médecine générale en ça » E8 : « y a des services où on se rapproche de la médecine générale et où on prend en charge de manière plus globale, comme en gériatrie par exemple où je suis passé »*, la **psychiatrie** *(E1 : « ce genre de techniques je les avais aussi apprise, enfin j'avais l'impression d'en apprendre plus dans ce stage-là oui. Les patients sont assez compliqués en psychiatrie donc oui ça m'avait plus donné les choses. »)* ou les **soins palliatifs** *E9 : « j'ai fait un stage en soins palliatifs et là encore on était énormément dans la communication et la relation » ; « y avait beaucoup de rétroactions »)*.

Un interne notait cependant que la communication en médecine générale restait unique par rapport aux autres spécialités *(E6 « à chaque fois tu te dis ça se rapproche de la médecine générale, tu te dis pas la médecine générale ça se rapproche de la spé » ; « rarement je me suis dit « ça ça se rapproche de la cardio ou de la diabéto » en médecine générale. »).*

La plupart des internes estimaient en revanche que la **communication aux urgences était limitée** *(E1 « Aux urgences on a une communication qui est très limitée c'est vrai, de par le côté urgence hein, c'est pas un service où on est censé rester, donc faut qu'on est un maximum d'information en un minimum de temps. », E12 : « Bah aux urgences c'est le degré zéro du centré patient, la communication, elle est là mais elle est centrée maladie »).*

2.6.1.6 Asymétrie de la relation médecin/ patient en milieu hospitalier

Beaucoup d'internes décrivaient une **communication asymétrique** entre le médecin et le patient en milieu hospitalier *(E4 : « c'est nous qui avons les clefs en main, voilà le patient il est vraiment soumis à toi », E5 : « Et je pense que la communication en service hospitalier est encore très différente, parce que c'est très unilatéral »).*

L'échange d'information se faisait **essentiellement du médecin vers le patient** *(E5 : « C'est-à-dire qu'on donne beaucoup d'informations mais on en recueille relativement peu. Y a beaucoup moins de retour »).*

Les internes retrouvaient une certaine « **égalité** » entre le médecin et le patient en médecine générale *(E5 : « on est sur un pied d'égalité avec son patient. On doit l'accompagner », E12 : « Y avait aussi une différence, c'est qu'en stage de médecine générale, c'est le patient qui décide, c'est pas nous. »).*

2.6.1.7 Moins de prévention / explications à l'hôpital

Les internes communiquaient **moins sur la prévention** *(E4 : « à l'hôpital tu fais pas tant de prévention que ça », E7 : « Enfin tout ce qu'on disait sur la prévention précédemment, là à l'hôpital, et notamment dans les services d'urgences etc, on aborde jamais ça quoi, ou très peu. C'est pas le bon moment entre guillemets »)* et donnaient **moins d'explications** *(E1 : « Et puis je m'étais tellement rendu compte dans mes stages que parfois, euh… c'est pas pour jeter des cailloux sur les seniors, mais parfois je me souviens de visites où après je demandais au patient « Est-ce que vous avez compris ce qu'on vous a dit tout ça ? » « Bah non ». Donc bon bah voilà quoi »)* à l'hôpital.

2.6.1.8 Moins de temps à l'hôpital pour la communication

Selon les internes, **le temps consacré à la communication** en milieu hospitalier était **moindre** par rapport à la médecine générale *(E3 : « je pense que cette part d'écoute elle est là, mais je pense qu'elle sera un peu plus réduite à l'hôpital que en cabinet », E8 : « bah déjà le temps. Le temps. A l'hôpital on va dire, dans les stages que moi j'ai fait, y a des horaires de fermeture où t'es censé partir, mais souvent tu dépasses, parfois beaucoup. Et on va dire que quand t'as fini 3 jours de suite à 20H, le quatrième jour tu vas passer le moins de temps possible sur les choses qui peuvent s'écourter. C'est-à-dire sur l'entretien, sur la communication »).*

2.6.2 Encadrement des internes

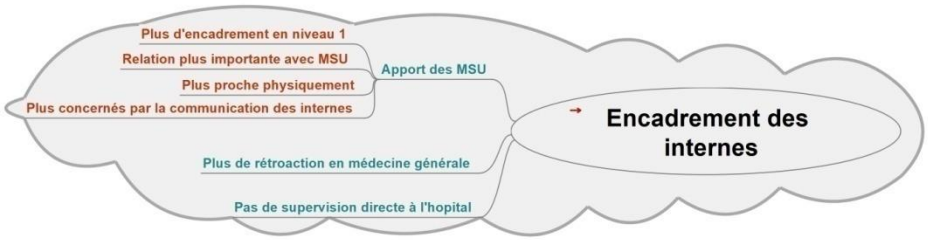

Figure 23 : Encadrement des internes

2.6.2.1 Apport des MSU

Les internes en majorité se sentaient **plus encadrés par les MSU** en stage en médecine générale *(E9 : « on est beaucoup plus encadré en niveau 1 », E11 : « Ah bah oui complètement. Parce que t'es observé, parce que tu observes, parce qu'il t'explique, et parce que c'est la première fois que je fais vraiment devant quelqu'un »).*

Ils développaient également une **relation plus importante avec les MSU** *(E8 : « d'ailleurs c'est vrai que y a ce côté relationnel aussi avec les MSU en niveau 1 » ; « bah tu rentres dans sa voiture, tu discutes avec lui. Tu crées du coup une relation plus proche, plus affectueuse qu'avec des seniors dans des services hospitaliers. »).*

Celle-ci était d'autant plus importante que les internes se sentaient **proche physiquement** avec leurs MSU *(E6 : « On est beaucoup plus proche des MSU. On est tout le temps avec eux, on mange avec eux, on est avec eux le matin, on débriefe tout le temps avec eux quoi. C'est vraiment un stage où on est collé euh… le stage de niveau 1 hein, je l'ai ressenti comme ça, on est souvent collé en tout cas à son chef. », E10 : « on se retrouve seul à seul ou seul avec le MSU, dans un espace restreint »).*

Enfin les MSU étaient **plus concernés par la communication des internes** *(E9 : « ils font plus attention à comment on communique ça s'est sûr » ; « j'avais l'impression que ça leur tenait plus à cœur »).*

2.6.2.2 Plus de rétroaction en médecine générale

Les internes estimaient faire **plus de rétroaction sur la communication en stage en médecine générale** qu'en stage hospitalier *(E8 : « Tu restes toute la journée avec ton MSU, tu fais plein de consultation à deux où y a des échanges en fin de consultation, lui-même peut être amené à se poser des questions », E9 : « en stage à l'hôpital, y avait peu de retour, y avait pas de rétroactions sur la communication »).*

2.6.2.3 Pas de supervision directe à l'hôpital

Les internes ne faisaient **pas de supervision directe en stage hospitalier** *(E5 : « la supervision directe à l'hôpital c'est un peu inexistant je trouve » ; « même en tant qu'externe déjà on était livré à nous même » ; « t'es tout seul »).*

2.7 Figure récapitulative

La figure 24 présente la synthèse des résultats thématiques ainsi que les liens entre les différents thèmes.

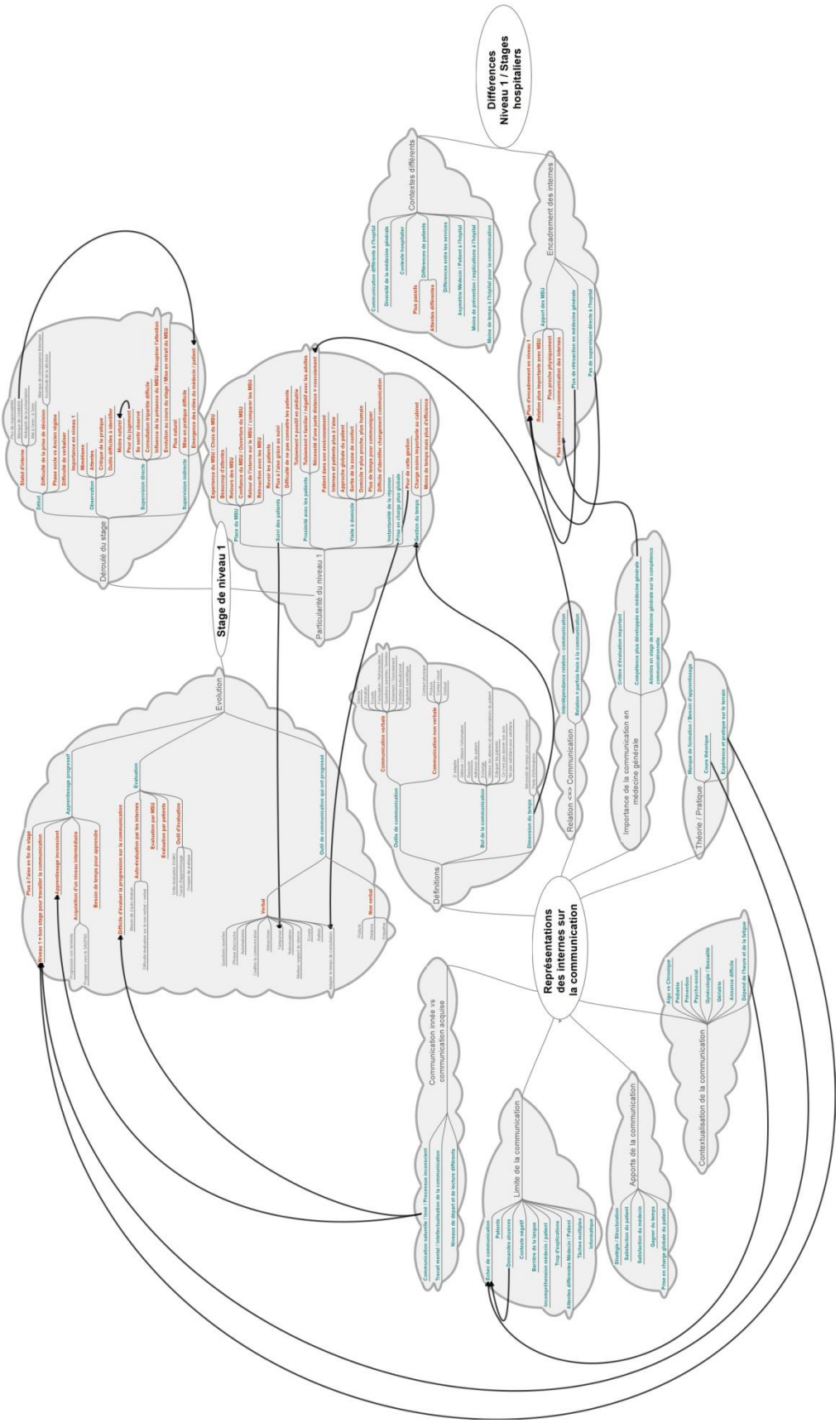

Figure 24 : Synthèse des résultats

IV. DISCUSSION :

Ce travail avait pour but d'évaluer l'apport perçu du stage en médecine générale de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes. Il a mis en évidence les représentations variées des internes sur la notion de communication ainsi qu'une amélioration ressentie de la compétence communicationnelle.

1. Forces et limites de l'étude

Le choix d'une recherche qualitative était plus adapté pour étudier l'apport ressenti du stage en médecine générale car il s'agissait de données subjectives.

La réalisation des entretiens semi-dirigés présentiels a permis une liberté d'expression aux étudiants, en conservant le caractère intimiste des échanges. En effet, il était impératif que l'interne soit rassuré quant aux critiques qu'il pouvait formuler concernant son stage ou ses maîtres de stage universitaires.

Les entretiens ont été réalisés par un seul chercheur dont les hypothèses préalables ont pu influencer la formulation des questions et l'analyse. Le chercheur a essayé de faire abstraction de ses propres représentations mais un possible biais d'interprétation ne peut pas être écarté.

L'échantillon, composé de 13 internes, était restreint. L'échantillonnage raisonné ainsi que le recrutement sur deux semestres différents a permis toutefois d'obtenir une saturation des données à partir du onzième entretien. Le seul critère d'inclusion était d'avoir réalisé un stage en médecine générale sur la période de l'étude. Les internes contactés n'ayant pas tous répondu lors du premier contact, un biais de recrutement est possible. Une seule technique de recueil de données a été utilisée, ne permettant donc pas de trianguler l'interprétation.

2. A propos des résultats :

Ce travail a fait ressortir trois grands thèmes : les représentations des internes sur la communication à l'issue de leur stage en médecine générale, l'apport du stage en médecine générale dans la compétence communicationnelle, et enfin les différences entre ce stage et les stages hospitaliers déjà réalisés par les internes.

2.1 A propos des représentations des internes sur la communication

Les internes définissaient la communication par les outils verbaux et non verbaux qui la composent, par les buts de celle-ci, le tout inscrit dans une dimension temporelle indispensable.

La compétence communicationnelle est au cœur de la pratique de la médecine générale.

Cette compétence relève pour partie de l'inné, de l'inconscient, faisant appel à un trait de personnalité. Ceci explique le ressenti de certains internes sur leur apprentissage inconscient au cours du stage, notant une progression mais avec des difficultés pour l'évaluer ou la décrire plus précisément.

Cependant, elle relève également de théorie et de mise en pratique. Les internes évoquaient souvent un manque de connaissance théorique sur le sujet, avec un besoin exacerbé lors de mises en situation pendant ce stage en médecine générale. Des formations seraient probablement appréciées par les internes, et le stage en médecine générale serait le moment le plus opportun pour les réaliser. Plusieurs études ont montré un apport significatif dans l'amélioration des compétences des étudiants de divers outils qui pourraient facilement s'intégrer au cours d'un stage ambulatoire en médecine générale : les patients enseignants, formation intégrant un patient avec un superviseur médecin pour débriefer sur des récits de situations complexes et authentiques (53), la supervision par vidéo (54) par exemple.

En effet, les internes exprimaient leur difficulté à la mise en pratique de la théorie lors de stages ultérieurs. Il leur serait plus facile de s'entrainer à l'utilisation des outils communicationnels lors du stage en médecine générale, de par la richesse de contextes différents.

En effet, la communication se définit également à travers un contexte. Certains se prêtant tout particulièrement à l'exercice communicationnel, comme les motifs psycho-sociaux, la pédiatrie, la gériatrie ou la prévention. D'autres cependant rendent la communication plus difficile, comme le stage aux urgences, la fatigue ou un environnement difficile.

2.2 A propos de l'apport du stage en médecine générale

La confrontation à l'exercice de la médecine générale a été pour la plupart difficile au début. La principale difficulté était un manque de crédibilité et d'assurance de par le statut d'interne. Sur ce point, la supervision indirecte et la répétition des nombreuses consultations a fait émerger au cours du stage des rôles plus marqués du médecin et de son patient. La confiance des maîtres de stage

permettait également aux internes de s'affirmer et de mieux gérer cette montée en responsabilité. Cependant, une étude de N. Ciabrini en 2002 montrait que le stagiaire bénéficiait spontanément d'un « capital sympathie » et était bien accepté par les patients (55). Leur représentation de l'interne était très incertaine mais ils en avaient une opinion plutôt positive, attendant beaucoup de l'interne (56). Ce sentiment de manque de crédibilité n'était donc pas transmis par le patient, leur confiance en l'interne étant d'autant plus importante qu'ils avaient confiance dans la capacité de superviseur du MSU (57). L'acceptation relativement facile du patient participerait probablement à l'amélioration du ressenti de l'interne dans son rôle de médecin. Il serait par ailleurs intéressant d'intégrer le patient dans l'accueil des internes dès le début du stage en médecine générale, en le faisant participer activement à certaines rétroactions.

La gestion du temps était une autre difficulté. Pour la majeure partie des internes, le temps de la consultation était une crainte, par peur de ne pas respecter un planning pré-établi. Ce point évoluait également, les internes évoquant parmi leur progression durant ce stage, une adaptation plus aisée du temps de consultation. Il serait intéressant de pouvoir quantifier cette évolution à travers l'observation des durées de consultation en début de stage et en fin de stage.

L'apport important du stage en médecine générale évoqué par beaucoup d'interrogés était la possibilité de suivre des patients. La pratique de la médecine générale leur a permis de revoir plus facilement des patients, sur une plus longue période. Ceci était positif sur plusieurs points : la possibilité d'exercer l'outil communicationnel, de l'affiner en temporisant sur plusieurs consultations, permettre aux internes d'avoir des retours par les patients eux-mêmes sur leur progression dans la compétence communicationnelle, et développer leur compétence relationnelle, à laquelle les internes lient de manière étroite la communication. Dans une étude en 2015, les étudiants en médecine en dernière année d'internat donnaient plus d'importance à la relation et la communication dans une prise en charge centrée patient. (58)

L'observation de la communication des MSU, dans cette relation dite parfois de « médecin de famille », permettait également une critique quant au potentiel frein à une bonne communication d'une relation trop proche. L'idée d'une nécessaire juste distance émergeait durant ce stage par ce processus. L'idée d'un modèle de rôle était présente mais qui n'était pas uniquement basé sur un modèle d'excellence vers lequel l'étudiant devait tendre, mais de manière plus générale « un modèle qui influençait l'apprentissage des étudiants avec qui il était en contact » (47). Son influence dans la pratique réelle en devient beaucoup plus variée, en termes de direction souhaitée ou non souhaitée selon qu'il est perçu de manière positive ou négative. Il serait donc intéressant de pouvoir

développer les échanges entre les MSU et les internes sur ces modèles de rôle négatifs afin d'en tirer profit dans l'apprentissage de la compétence communicationnelle.

L'observation était également très appréciée par les internes, leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences par mimétisme. Des résultats similaires ont été observés dans une étude réalisée en 2017, où l'observation des pairs était vue de manière positive dans l'apprentissage de l'examen physique (59). La relation médecin-patient était également une compétence fréquemment travaillée grâce à l'observation du maître de stage lors des stages d'externe (60).

Les outils d'auto-évaluation étaient limités à la grille de compétences du DUMG et aux traces d'apprentissage. Une étude en 2017 de 235 récits cliniques d'interne en médecine générale avait montré que la communication était citée dans 16% d'entre eux, en faisant l'une des compétences les plus représentées (61).

2.3 A propos des différences entre stages en médecine générale et stages hospitaliers

Les internes se sentaient plus encadrés pendant leur stage en médecine générale, l'expliquant par un plus grand investissement de la part des MSU concernant la compétence communicationnelle, plus de rétroaction avec eux et la possibilité d'être observé pendant leur pratique par la supervision directe.

Ils se sentaient également plus proche des MSU, tissant un lien relationnel moins basé sur le rapport hiérarchique. L'étude de Luc Côté en 2017 (62) montrait l'importance du relationnel entre l'étudiant et le superviseur, qui conditionnait la qualité de l'alliance pédagogique entre eux. Les étudiants attendaient une relation égalitaire sur le plan humain, de l'écoute et une ouverture du superviseur. Une autre étude datant de 2018 décrivait la supervision indirecte idéale des étudiants comme une rencontre interpersonnelle entre l'interne et le MSU, dont le vécu de la séance dépendait de la relation avec le MSU, dans un climat de bienveillance et de partage et de confiance mutuelle (63). Enfin, la reconnaissance ressentie par l'étudiant, les discussions avec les MSU et le fonctionnement en binôme permettaient une meilleure implication du stagiaire pendant son stage (64). L'idée d'un « bon modèle », d'un « bon enseignant » (47) émergeait. Les bons modèles de rôle sont davantage centrés sur l'apprenant, l'impliquant activement et de façon non menaçante.

Toutefois, la supervision directe n'était pas toujours vécue facilement par les internes, qui se sentaient observés et jugés. Cette peur du jugement leur donnait le ressenti d'une communication

moins naturelle, impactée par la présence du MSU tant sur la communication de l'interne que sur celle du patient. Michael Balint disait au sujet de la consultation que « la présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère » (65). Plusieurs études ont également montré que les principaux freins à la maitrise de stage sont la peur des médecins de l'intrusion de l'interne dans le colloque singulier de la consultation médicale (66,67) et la peur d'être jugés et remis en cause dans leurs décisions, leurs pratiques et leurs prescriptions par l'interne (68). L'étude de M. Hahusseau en 2017 montrait que les MSU avaient souvent une difficulté à être en position passive dans la supervision directe (69). Du côté patient, l'étude de M. Racaud-Allainmat en 2016 montrait qu'eux aussi pouvaient être gênés par cette relation triangulaire qui s'installe au cours de la supervision directe, leur donnant un sentiment de mise à l'écart et de moins bonne écoute (57).

La confrontation avec la communication des MSU n'était pas toujours aisée pour les internes. Une étude en 2016 montrait que le stage ambulatoire faisait partie des terrains sources de conflits. Il découlait de cette étude que la proximité avec le superviseur permettait de traiter avec lui des conflits pour en faire un apport positif dans le « hidden curriculum » de l'interne (programme caché ou implicite, intégrant les relations avec ses pairs et le vécu d'expérience, tel que la gestion des désaccords) (70). En effet, F.W. Hafferty dans son étude en 1994 a montré que le matériel de cours ne pouvait pas influer de manière décisive sur la personnalité de l'étudiant (48). Une autre étude en 2013 démontrait que le « hidden curriculum » était parasité par de mauvais modèles de rôle (71), et plus récemment, une étude en 2019 faisait le lien direct entre les modèles de comportements négatifs intériorisés par les étudiants, et l'aboutissement d'un état de dissonance entre le médecin qu'ils souhaitaient être et le professionnel qu'ils étaient réellement (72). Il fallait donc gérer ce « programme caché », notamment à travers le filtre d'apprentissage des connaissances mais aussi de l'influence des superviseurs, afin de promouvoir l'apprentissage positif implicite et inverser l'apprentissage négatif implicite (73). Comme le dit F.W. Hafferty en 1998, il faut « créer des structures qui permettent aux individus de réfléchir à la structure plus large dont ils font partie » (74). L'interne réalisant l'observation n'est qu'une partie d'un tableau plus large intégrant le MSU et le patient, eux-mêmes observés. Comme exprimé dans l'étude de H. Neve et T. Collett en 2018, il faut révéler et nommer le programme caché aux internes pour les aider à comprendre son existence et son impact potentiel. C'est alors seulement que l' « hidden curriculum » pourra devenir un outil utile pour développer les compétences professionnelles des étudiants (75,76).

Les internes notaient une différence d'importance de la compétence communicationnelle selon les services hospitaliers. Les services nécessitant une prise en charge plus globale et une relation plus importante avec le patient comme la psychiatrie ou la gériatrie se rapprochaient de la communication en médecine générale. Les urgences en revanche étaient beaucoup moins propices aux échanges et questions ouvertes avec les patients. Dans une étude en 2015, les facteurs limitant la communication aux urgences étaient multiples : l'environnement des services d'accueil et d'urgences (SAU), son organisation, l'affluence des patients et la multitude d'intervenants (77). Une autre étude plus récente en 2018 dévoilait la part prépondérante (plus d'un quart) du défaut de communication dans les plaintes reçues dans les SAU (78). Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « l'accueil dans un SAU constitue une situation à risque » de maltraitance. Un rapport en 2009 décrivait cette maltraitance comme « le sentiment d'avoir été abandonné, mal ou pas informé et d'avoir été insuffisamment écouté ». Deux types de maltraitance étaient précisés par la HAS : celui lié à des comportements individuels (par exemple les professionnels qui échangaient entre eux en ignorant le patient présent dans la pièce) et celui lié à l'organisation (par exemple la mise à distance des proches, le manque de disponibilité des professionnels) (79). Du fait de cette réalité, il est primordial de repenser la supervision des étudiants dans ces services car le sentiment dominant est de ne pas pouvoir y travailler les compétences professionnelles indispensables pour une prise en charge globale du patient, alors même que le stage dans un SAU est devenu obligatoire dès la première année d'internat dans la nouvelle maquette.

V. CONCLUSIONS :

Le stage en médecine générale de Niveau 1 permet de développer les représentations des internes autour de la notion de communication, par ses définitions, ses buts, son lien avec la dimension du temps et son interdépendance avec la relation médecin-patient. Il serait intéressant de développer ces représentations au plus tôt dans le cursus médical pour permettre aux étudiants d'étendre leur réflexion sur leur propre communication dans la pratique.

Le stage semble améliorer également la compétence communicationnelle par l'observation du MSU, par la supervision directe et par la possibilité de revoir les patients. Le modèle de rôle est un élément prépondérant dans le développement des compétences professionnelles des internes, notamment à travers leur « hidden curriculum ». Les MSU ont-ils tous conscience de l'importance de la formation à travers ce modèle de rôle ?

C'est un terrain de stage privilégié pour tester les outils de communication, permettant un apprentissage progressif à travers de nombreuses rétroactions avec les MSU. L'utilité de la supervision directe est unanimement reconnue, mais son vécu n'est pas toujours aisé. Il serait intéressant de proposer un accompagnement des MSU et des internes en début de stage afin de faciliter la mise en place de la supervision directe.

Les internes sont globalement satisfaits de l'apport du stage en médecine générale de niveau 1 sur leur compétence communicationnelle. Il serait intéressant d'étudier en retour le ressenti des MSU quant à l'influence de l'interne sur leur propre compétence communicationnelle.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Académie Nationale de Médecine; 2006 déc p. 1999-2012. Report No.: 190.

2. Llorca G. Communication médicale. Ellipses Marketing. 1994. 159 p.

3. Bagros P, Le Faou A-L, Lemoine M, Rousset H, De Toffol B. ABCDaire des sciences humaines en médecine. Ellipses. 2004. 304 p.

4. Iandolo C, Vitali M. Guide pratique de la communication avec le patient: techniques, art et erreurs de la communication. Paris: Masson; 2007. 224 p.

5. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan [Thèse Médecine]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.

6. Gondran L, Moulin M. Relation médecin-patient: étude qualitative des apports d'une formation clown pour les médecins, proposée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) [Thèse Médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.

7. Ha JF. Doctor-Patient Communication: A Review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38-43.

8. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters: Medical Care. juill 1988;26(7):657-75.

9. Visser LNC, Tollenaar MS, van Doornen LJP, de Haes HCJM, Smets EMA. Does silence speak louder than words? The impact of oncologists' emotion-oriented communication on analogue patients' information recall and emotional stress. Patient Education and Counseling. janv 2019;102(1):43-52.

10. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and Medication Refill Adherence The Diabetes Study of Northern California. JAMA Internal Medicine. 2013;173(3):210-8.

11. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. Medical Care. 2009;47(8):826-34.

12. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling. mars 2009;74(3):295-301.

13. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal. 1995;152(9):1423-33.

14. Street RL. How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. Patient Education and Counseling. sept 2013;92(3):286-91.

15. Rowland-Morin PA, Gregory Carroll J. Verbal communication skills and patient satisfaction : a study of Doctor-Patient Interviews. Evaluation & the health professions. juin 1990;13(2):168-85.

16. Hamelin ND, Nikolis A, Armano J, Harris PG, Brutus JP. Evaluation of factors influencing confidence and trust in the patient-physician relationship: A survey of patient in a hand clinic. Chirurgie de la Main. avr 2012;31(2):83-90.

17. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM, Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A survey of sued and nonsued physicians and suing patients. Archives of Internal Medicine. oct 1989;149(10):2190-6.

18. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. Atención Primaria. déc 2018;50(10):621-8.

19. Maguire P. Key communication skills and how to acquire them. British Medical Journal. 28 sept 2002;325(7366):697-700.

20. Larapidie C. Evaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. [Thèse Médecine]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier (Toulouse); 2018.

21. Aper L, Reniers J, Derese A, Veldhuijzen W. Managing the complexity of doing it all: an exploratory study on students' experiences when trained stepwise in conducting consultations. BMC Med Educ. 2014;14:206.

22. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin–malade ? La Presse Medicale. 1 janv 2013;42(1).

23. Outabia M. Evaluation d'un nouvel outil d'enseignement de la relation médecin-patient [Thèse Médecine]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2015.

24. Bagnasco A, Pagnucci N, Tolotti A, Rosa F, Torre G, Sasso L. The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. BMC Medical Education. 2014;14:106.

25. Ségard H. Etude prospective de l'évaluation des apprentissages du séminaire « relation médecin-patient » en autoévaluation [Thèse Médecine]. [France]: Poitiers; 2013.

26. Park SG, Park KH. Correlation between nonverbal communication and objective structured clinical examination score in medical students. Korean Journal of Medical Education. 1 sept 2018;30(3):199-208.

27. Aper L, Reniers J, Koole S, Valcke M, Derese A. Impact of three alternative consultation training formats on self-efficacy and consultation skills of medical students. Medical Teacher. 2012;34(7):500-7.

28. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 1 janv 2013;24(108).

29. Tardif J. L'évaluation des compétences : de la nécessité de documenter un parcours de formation. Conférence présenté à; 2006; Université de Sherbrooke.

30. Michel S, Ledru M. Capital-compétence dans l'entreprise: une approche cognitive. ESF éd.; 1991. 227 p.

31. Boterf GL. De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Les Ed. d'Organisation; 1995. 175 p.

32. Le Mauff P, Bail P, Gargot F, Garnier F, Guyot H, Honnorat C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Exercer. 2005;73:63–9.

33. Basque J. Le concept de compétence : Quelques définitions. Montréal, Canada: Réseau de l'Université du Québec; 2015. (Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur), Réseau de l'Université du Québec).

34. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamoulle O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 1 nov 2010;11(4):255-72.

35. Mercier P, Compagnon L, Faculté de médecine. Description du patient Novice pour la compétence « relation, communication, approche centrée patient » à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de l'UPEC [Thèse Médecine]. [Paris Est Créteil]: UPEC. Faculté de médecine; 2012.

36. Description du niveau Intermédiaire pour la compétence « Relation, communication, approche centrée patient »: à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de Créteil [Thèse Médecine]. [France, Créteil]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.

37. Ben Salah L. Description du niveau Compétent pour la compétence « Communication, relation, approche centrée patient »: à partir du discours des internes de médecine générale de la faculté de médecine de l'UPEC [Thèse Médecine]. [France, Créteil]: UPEC. Faculté de médecine; 2013.

38. Bonel S. La formation à la relation médecin-patient: enquête auprès de 123 internes en DES de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en janvier 2008 [Thèse Médecine]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2009.

39. Perrenoud P. Des savoirs aux compétences De quoi parle-t-on en parlant de compétences ? Pédagogie Collégiale. 1995;9(1):20-4.

40. Rotthoff T, Baehring T, David DM, Bartnick C, Linde F, Willers R, et al. The value of training in communication skills for continuing medical education. Patient Education and Counseling. août 2011;84(2):170-5.

41. Mennal S. Efficacité de la simulation dans la formation à l'annonce de maladie grave: revue systématique [Thèse Médecine]. Université de Monpellier; 2015.

42. Sass M. La consultation, patient, médecin, interne, en stage niveau 1 de médecine générale: Etude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes - Intégrations de l'interne dans la relation médecin-patient [Thèse Médecine]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2013.

43. Engerer C, Berberat PO, Dinkel A, Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Specific feedback makes medical students better communicators. BMC Medical Education. déc 2019;19(1).

44. Labaf A, Jamali K, Jalili M, Baradaran HR, Eizadi P. Effect of Repetitive Feedback on Residents' Communication Skills Improvement. Acta Medica Iranica. 2014;52(7):557-61.

45. Lacroix B. Dans quelle mesure l'observation des comportements relationnels des médecins séniors avec leurs patients, enseigne-t-elle la relation médecin-patient aux étudiants ? [Thèse Médecine]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.

46. Godard M. La position d'observateur de la consultation de médecine générale: une situation privilégiée de formation à la relation médecin-malade [Thèse Médecine]. [France]: Université de Nantes, Faculté de médecine; 2008.

47. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111.

48. Hafferty F, Franks R. The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. Academic Medicine. nov 1994;69(11):861-71.

49. Labat L. Évaluation des compétences acquises par les internes de médecine générale à la fin du stage chez le praticien de niveau 1: à partir d'une étude réalisée sur trois semestres de stage en Midi-Pyrénées [Thèse Médecine]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2013.

50. Braverman G, Merrell SB, Bruce JS, Makoul G, Schillinger E. Medical Students' Reflections on Communication Challenges in Clinic. Family Medicine. 2016;48(10):775-83.

51. Guichard F, Philippe M. Critères d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecin générale [Thèse Médecine]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2014.

52. Péjot P. La compétence en communication dans la relation d'aide : ressenti et pratiques déclarées de médecins généralistes [Thèse Médecine]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.

53. Haghighi S, Aires MJ, Marchand C. Evaluation de l'introduction des patients enseignants dans la formation des internes de médecine générale. Pédagogie Médicale. 2017;(18):37.

54. Dumange L. Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale: enquête qualitative sur l'hétéro-évaluation auprès d'internes [Thèse Médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2014.

55. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien ? [Thèse Médecine]. [Paris]: Université Paris VI - Pierre et Marie Curie; 2002.

56. Massat Arsicot C. L'interne en cabinet de médecine générale : opinion et critères de jugement des patients [Thèse Médecine]. [Tours, France]: Université François Rabelais, Tours; 2011.

57. Racaud-Allainmat M. L'interne en stage ambulatoire de niveau 1 Influence sur la consultation et sur la relation médecin-patient Point de vue des patients sur les relations triangulaires médecin-patient-interne [Thèse Médecine]. [Tours, France]: Université François Rabelais, Tours; 2016.

58. Ahmad W, Krupat E, Asma Y, Fatima N-E-, Attique R, Mahmood U, et al. Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor–patient relationship. PeerJ. 30 juin 2015;3:1050.

59. Martineau B, Studart Soares SM, Bergeron L. L'influence des pairs sur l'apprentissage en petit groupe de l'examen physique. Pédagogie Médicale. 2017;(18):45.

60. Bouton C, Richard I, Bellanger W, Huez J-F, Garnier F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale ? Une étude qualitative. Pédagogie Médicale. févr 2013;14(1):17-26.

61. Rellier A. Que nous disent les récits cliniques des internes tourangeaux ? [Thèse Médecine]. [Tours, France]: Université François Rabelais, Tours; 2017.

62. Côté L, Breton E, Boucher D, Déry É, Roux J-F. L'alliance pédagogique en supervision clinique : une étude qualitative en sciences de la santé. Pédagogie Médicale. nov 2017;18(4):161-70.

63. Lajzerowicz C, Vincent Y-M, Jung C. La supervision indirecte idéale d'après l'expérience des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Pédagogie Médicale. févr 2018;19(1):27-35.

64. Theys C, Leconte S, Van Maele L. Penser le stage de médecine générale en tant que dispositif d'apprentissage : analyse de la dynamique maître de stage-stagiaire et leviers pour l'implication de l'étudiant. Pédagogie Médicale. 2017;(18):49.

65. Lahalle MO. Balint Michael, Le médecin, son malade et la maladie. Revue française de sociologie. 1961;2(1):106-8.

66. Lefebvre S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2015.

67. Brabant Y, Parthenay P, Gomes J. Quels sont les freins et les motivations des jeunes médecins généralistes à devenir maître de stage des universités ? Pédagogie Médicale. 2017;(18).

68. Coujard de Laplanche E. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage universitaires ? [Thèse Médecine]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2016.

69. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [Thèse Médecine]. [Tours, France]: Université François Rabelais, Tours; 2017.

70. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. La Presse Médicale. mars 2016;45(3):39-50.

71. Ssebunnya GM. Beyond the hidden curriculum: The challenging search for authentic values in medical ethics education. South African Journal of Bioethics and Law. 24 oct 2013;6(2):48-51.

72. Gabrielle SL, Campos LKS, Schweller M, Turato ER, Helmich E, De Carvalho-Filho MA. "Speed up"! The Influences of the Hidden Curriculum on the Professional Identity Development of Medical Students. Health Professions Education. 2019;5:198-209.

73. Yazdani S, Momeni S, Afshar L, Abdolmaleki M. A comprehensive model of hidden curriculum management in medical education. Journal of Advances in Medical Education & Professionalism. 2019;7(3):123-30.

74. Hafferty F. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Academic Medicine. 1998;73(4):403-7.

75. Neve H, Collett T. Empowering students with the hidden curriculum. The Clinical Teacher. déc 2018;15(6):494-9.

76. Rogers DA, Boehler ML, Roberts NK, Johnson V. Using the Hidden Curriculum to Teach Professionalism During the Surgery Clerkship. Journal of Surgical Education. 2012;69(3):423-7.

77. Benoit J, Berdah L, Carlier-Gonod A, Guillou T, Kouche C, Patte M, et al. L'éthique dans les services d'accueil des urgences pédiatriques : accès aux soins, communication et confidentialité. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. déc 2015;27(4):224-31.

78. Meneret M. Etude descriptive des réclamations déposées aux urgences de Chateauroux en 2014-2015 : propositions pour l'amélioration de la prise en charge des patients ? [Thèse Médecine]. [Tours, France]: Université François Rabelais, Tours; 2018.

79. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages. HAS; 2009.

80. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;20(87):74-9.

VII. ANNEXES :

ANNEXE 1. Glossaire (80)

Analyse de contenu (synonyme : thématisation) : examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci.

Analyse qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Biais : Modification des résultats d'une enquête en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, de déperdition d'informations, d'interaction, etc.

Catégorie : Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification. Concept représentant un phénomène dans le cadre de l'analyse qualitative.

Citation : Extrait d'un entretien, à partir du verbatim, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

Codage (synonyme : codification) : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Comparaison constante : méthode d'analyse consistant à examiner de façon systématique et approfondie les variations dans la manifestation et la signification des concepts émergeant des données empiriques recueillies.

Echantillonnage raisonné : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats.

Entretien individuel : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-directif : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Guide d'entretien (synonyme : grille, guide) : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Question ouverte : Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories complexes.

Retranscription (synonyme : transcription) : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Suffisance des données (synonyme saturation des données) : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude.

Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

ANNEXE 2. Guide d'entretien initial

Bonjour, je m'appelle David HAMARD et je réalise mon travail de thèse concernant l'apport perçu du stage de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes de médecine générale. Notre entretien sera enregistré par un dictaphone et les données seront traitées de manière anonyme si tu es d'accord ?

1) **Qu'entends-tu par « Communication » ?**
   Relance : Quelle définition peux-tu m'en donner ? Comment as-tu appris à communiquer ?

2) **Comment t'es-tu senti avec les patients en début de stage pour communiquer ?**
   Relance : Te souviens-tu de situations où tu as utilisé des techniques de communication, d'avoir fait attention à la communication ? Comment t'es-tu sorti de cette situation ?

3) **Qu'est-ce qui a changé pour toi dans ta communication au cours du stage ? Pourquoi ?**
   Relance : comment as-tu évolué sur ta communication pendant ce stage ?

4) **Qu'as-tu appris concernant la compétence communicationnelle par tes maitres de stage ?**
   Relance : As-tu identifié des techniques de communication que tes maitres de stage utilisaient durant la consultation ?

5) **Quelles étaient tes attentes vis-à-vis de ce stage dans cette compétence ? Qu'est-ce qui t'a plu ou déçu vis-à-vis de ces attentes une fois le stage réalisé ?**
   Relance : Qu'aurais-tu pu attendre de ce stage par rapport à ta compétence communicationnelle ?

6) **Le stage de Niveau 1 est-il différent des autres stages hospitaliers dans ta perception de cette compétence ? En quoi ?**
   Relance : En quoi ta communication est-elle différente ou la même, dans une consultation en ville par rapport à un patient à l'hôpital ?

ANNEXE 3. Guide d'entretien final

Bonjour, je m'appelle David HAMARD et je réalise mon travail de thèse sur l'apport du stage de niveau 1 dans la compétence communicationnelle pour les internes. Notre entretien sera enregistré par un dictaphone et les données seront traitées de manière anonyme si tu es d'accord ?

1) **Pour commencer, qu'est-ce que la communication pour toi ?**
   Relance : Quelle définition peux-tu m'en donner ? Comment as-tu appris à communiquer ?

2) **Peux-tu me raconter une consultation où tu as eu des difficultés pour communiquer avec le patient ?**
   Relance : Te souviens-tu de situations où tu as utilisé des techniques de communication, d'avoir fait attention à la communication ? Comment t'es-tu sorti de cette situation ?

3) **Qu'est-ce qui a changé pour toi dans ta communication au cours du stage ? Pourquoi ?**
   Relance : comment as-tu évolué sur ta communication pendant ce stage ?

4) **Qu'as-tu appris concernant la compétence communicationnelle par tes maitres de stage ?**
   Relance : As-tu identifié des techniques de communication que tes maitres de stage utilisaient durant la consultation ?

5) **Quelles étaient tes attentes vis-à-vis de ce stage dans cette compétence ? Qu'est-ce qui t'a plu ou déçu vis-à-vis de ces attentes une fois le stage réalisé ?**
   Relance : Qu'aurais-tu pu attendre de ce stage par rapport à ta compétence communicationnelle ?

6) **En quoi le stage de Niveau 1 est-il différent des autres stages hospitaliers dans ta perception de cette compétence ?**
   Relance : En quoi ta communication est-elle différente ou la même, dans une consultation en ville par rapport à un patient à l'hôpital ?

ANNEXE 4. Questionnaire quantitatif

Questionnaire quantitatif :

Age :

Homme ☐ Femme ☐

Nombre de semestres validés :

Lieu de stage :

Département :

Rural ☐ Urbain ☐ Semi-urbain ☐

Formation déjà réalisée dans le domaine de la communication : OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquelles :

ANNEXE 5. Tableau des caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1 – Caractéristiques de la population

	Age (ans)	Sexe	Semestres validés	Lieu de stage	Département	Formation déjà réalisée	Durée de l'entretien
E1	34	F	3	Semi-urbain	37	Oui	31 min 16 s
E2	24	F	1	Urbain et semi-urbain	37	Oui	16 min 12 s
E3	28	H	4	Rural	28	Oui	18 min 55 s
E4	26	F	1	Urbain et semi-urbain	28	Non	13 min 52 s
E5	27	H	1	Urbain et semi-urbain	41	Non	72 min 22 s
E6	28	H	3	Urbain et semi-urbain	41	Oui	51 min 58 s
E7	26	F	3	Rural et urbain	36	Oui	39 min 16 s
E8	27	H	4	Rural et urbain	37	Oui	69 min 07 s
E9	26	F	2	Rural et semi-urbain	37	Oui	55 min 03 s
E10	25	H	2	Urbain et semi-urbain	18	Non	68 min 05 s
E11	25	F	2	Urbain et semi-urbain	45	Non	70 min 18 s
E12	25	F	2	Urbain	45	Non	55 min 25 s
E13	25	F	2	Semi-urbain	41	Oui	48 min 31 s

Vu, le Directeur de Thèse

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

HAMARD David

83 pages – 1 tableau – 24 figures

Résumé :

Contexte : La compétence communicationnelle améliore la satisfaction personnelle du médecin et du patient et permet une meilleure observance du traitement par le patient. Il est nécessaire de bien y former les futurs praticiens, mais il existe de nombreuses difficultés dans le développement de cette compétence.
Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'apport perçu du stage en médecine générale de niveau 1 dans l'acquisition de la compétence communicationnelle par les internes.
Méthode : Enquête qualitative par 13 entretiens semi-dirigés réalisés entre avril et novembre 2018. Retranscription intégrale des entretiens puis analyse selon la méthode de la théorisation ancrée et modélisation sous forme de carte heuristique.
Résultats : Les internes ont développés des représentations riches et variées de la communication à l'issue de ce stage. Les apports à la compétence communicationnelle se faisaient par le suivi avec les patients, la proximité avec les maîtres de stage, les nombreuses rétroactions et l'observation. L'apprentissage des internes était progressif au cours de ce stage, aboutissant à l'acquisition d'un niveau intermédiaire dans la compétence communicationnelle.
Conclusion : Le stage en médecine générale de niveau 1 était un terrain privilégié pour travailler la compétence communicationnelle. Ces résultats ouvrent la réflexion sur le développement de formations dédiées pendant ce stage. Il serait également intéressant d'interroger les maitres de stages universitaires pour recueillir leur ressenti sur l'influence de l'interne sur leur propre compétence communicationnelle.

Mots clés : compétence, communication, médecine générale, internes, apport perçu

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
Membres du Jury :	Professeur Emmanuel RUSCH
	Professeur Laurent BRUNEREAU
	Professeur Nicolas BALLON
Directeur de thèse :	Docteur Cécile RENOUX-JACQUET

Date de soutenance : 14 Novembre 2019