

# Évaluation de la capacité des étudiants en 2<sup>e</sup> année de médecine à repérer cinq dimensions de l'approche centrée sur le patient à partir d'une vignette clinique papier

Angélique BONNAUD\*, Jacques H. BARRIER\*, Gérard DABOUIS\* et Alain MOUZARD\*

**Résumé** *Contexte* : Suite au constat de la place insuffisante accordée à l'apprentissage de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Nantes, une activité d'enseignement a été mise à l'essai auprès d'étudiants en deuxième année de médecine. **But** : Au cours de cet enseignement, nous avons tenté d'évaluer la capacité des étudiants à repérer certaines dimensions propres à l'approche centrée sur le patient à partir de vignettes cliniques papier. **Méthode** : Un groupe de quatre étudiantes a répondu à l'exercice des vignettes cliniques évoquant une relation médecin-patient, exercice répété deux fois en début et en fin d'enseignement. Suite à cet exercice, un focus groupe a permis d'étudier le traitement d'information réalisé par les étudiantes ainsi que les connaissances utilisées pour réaliser ces tâches. Les réponses obtenues ont été validées par un entretien d'explicitation effectué auprès d'une autre étudiante. **Résultats** : Ils ont montré qu'il n'y avait pas de différence quantitative et qualitative entre les deux vignettes en termes de structuration des connaissances, avec une utilisation exclusive des connaissances d'action au détriment des connaissances déclaratives. **Conclusion** : Les deux principaux points de discussion portent sur la pertinence de la vignette clinique comme outil d'évaluation de l'acquisition ou l'absence d'acquisition d'un cadre conceptuel et sur l'importance du paradigme d'apprentissage accordant une place prépondérante aux stages permettant la contextualisation.

**Mots clés** Relation médecin-patient ; évaluation ; entretien centré sur le patient ; vignette clinique papier ; entretien d'explicitation.

**Summary** *Context*: Following the observation that insufficient time was accorded to learning doctor-patient relationship at the faculty of medicine in Nantes, France, a teaching activity for second year medical students was developed. **Objective**: During the program, an attempt was made to evaluate the students capacity to identify some dimensions of the patient centered approach using a written case vignette format. **Method**: Four students completed the case study exercise about doctor-patient relationship, before and after receiving teaching. Following this exercise, a focus group was used to study the information processing, as well as the knowledge used in order to complete the tasks. The answers obtained were validated by a single interview with an other student. **Results**: No qualitative or quantitative differences were found in the answers given to the first and second case study exercise, an exclusive use of practical knowledge was observed to the detriment of theoretical knowledge. **Conclusion**: The two main points of discussion bring underline the importance of using case studies as a tool for the evaluation of knowledge acquisition on dimensions related to the patient centered approach, and the necessity of incorporating this kind of teaching to contextualize learning activities.

**Key words** Doctor-patient relationship; evaluation; patient centered approach; case study exercise; clarification interview.

*Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 154-162*

\*Département de Formation Médicale Continue et de Développement Pédagogique de la Faculté de médecine de Nantes - 1, rue Gaston Veil - 44035 Nantes cedex - mailto : angelique.bonnaud@chu-nantes.fr

## **Introduction**

Si les patients demandent encore aujourd'hui à leur médecin d'avoir en priorité des compétences cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, cela n'est plus suffisant car un médecin se doit également d'être à l'écoute de chacun de ses patients dans une dimension bio-socio-psychologique, et d'établir une relation médecin-patient de confiance et de qualité. En conséquence, la question essentielle qui se pose, et qui ne manque pas d'alimenter les débats, est celle de l'enseignement universitaire de la relation médecin-patient, question qui se pose par rapport au contenu, aux méthodes pédagogiques et à l'évaluation.

## **Contexte**

Suite à la réforme médicale du 2<sup>e</sup> cycle des études, les responsables pédagogiques de la faculté de médecine de Nantes ont jugé nécessaire de réaliser une rénovation pédagogique en s'inspirant des travaux scientifiques actuels en éducation.

Dans ce contexte, le Doyen de la faculté de médecine de Nantes a mandaté L. Côté, directeur du centre de développement pédagogique de la faculté de médecine de l'université Laval au Québec, pour faire l'état des lieux sur l'enseignement/apprentissage de la relation médecin-patient à Nantes. Pour réaliser cette étude, L. Côté a recueilli de nombreuses données auprès des responsables facultaires, des enseignants cliniciens PU-PH, des assistants-chefs de clinique, des cadres infirmiers et des étudiants externes ainsi que des résidents en médecine générale. Les méthodes utilisées (entretiens individuels, entretiens de groupe, observations et analyses de documents) ont permis de souligner deux principaux résultats. (1) L'enseignement de la relation médecin-patient n'était pas considéré comme une priorité au regard des contenus scientifiques, biomédicaux et techniques. (2) La relation médecin-patient était considérée comme un acquis dépendant en grande partie de l'expérience et souvent réduit à une qualité de communication ; l'apprentissage se faisait essentiellement en observant les enseignants et en pratiquant par essais/erreurs.

## **Problématique pédagogique**

Pour bien évaluer une situation médicale complexe, le médecin doit prendre en compte tous les éléments pertinents tant du point de vue biologique, psychologique que social<sup>1</sup>. Il doit pouvoir et savoir évaluer le problème dans sa globalité et tenter de proposer des solutions adaptées. Cette compétence s'inscrit désormais dans un changement de la culture médicale car la société évolue, les

mœurs changent et le paternalisme médical n'est plus à l'ordre du jour. La relation médecin-patient se décline alors sur un mode égalitaire où l'ère du « Sois malade et tais-toi » est terminée<sup>2</sup>. Nos collègues Anglo-saxons qui utilisent la méthode de l'approche centrée sur le patient comme enseignement de la relation médecin-patient témoignent de cette évolution<sup>3-7</sup>. Il y a donc urgence à changer certaines idées fausses telles que « la relation médecin-patient ne s'apprend pas » ou « la relation médecin-patient s'apprend exclusivement sur le terrain en imitant ou en prenant exemple sur les enseignants-cliniciens ». Que fait-on des contre-exemples ? Il est évident que l'expérience est le premier outil permettant d'acquérir cette compétence. Mais nous pensons qu'il est important, et ce dès que possible dans le cursus des études médicales, de donner aux étudiants des bases solides sur lesquelles étayer leur pratique médicale et relationnelle.

En ce qui concerne le contenu de l'enseignement de la relation médecin-patient, il pourrait s'agir de proposer simplement un enseignement portant sur les caractéristiques de la communication, en apprenant au futur médecin à parler au malade. Les aspects de la communication sont certes primordiaux car si nous nous référons aux motifs de plainte des patients envers leurs médecins, il s'agit dans plus de 70 % des cas de difficultés de communication plutôt que de problèmes de compétence<sup>8-11</sup>, mais l'enseignement de la relation médecin-patient ne doit pas être réduit à l'apprentissage de la communication et de ses composantes. Il doit s'ouvrir en s'inspirant de modèles comme celui de l'approche centrée sur le patient qui a, depuis une vingtaine d'années, été reconnu et intégré dans le cursus des études médicales par nos collègues canadiens. Ce modèle permet une compréhension holistique de la personne malade et du suivi qui en découle<sup>3-7, 11-13</sup>.

Concernant les méthodes pédagogiques et d'évaluation de la relation médecin-patient, qu'il s'agisse de connaissances ou de compétences, les théories de l'apprentissage et plus spécifiquement le modèle de la psychologie cognitive constituent des références sur lesquelles s'appuyer en ce qui concerne la relation médecin-patient. En effet, ce modèle postule que l'apprentissage consiste en une modification des connaissances provoquée par l'activité cognitive du sujet en interaction avec l'environnement. Le sujet ne reçoit pas passivement ce qui lui est transmis par un enseignant. Il cherche à comprendre et à construire ses connaissances en étant actif. Le sens est construit par la contextualisation du savoir et de la tâche<sup>14,15</sup>. Il semble également important d'introduire des notions issues de la psychopédagogie ou de la psychanalyse, témoignant de la culture européenne, avec des notions telles que le transfert, le contre-transfert et l'ensemble des mécanismes de défense qui peuvent être en jeu dans toute communica-

## Recherche et Perspectives

tion et donc dans toute relation thérapeutique<sup>14, 16, 17</sup>. En France, la dimension psychanalytique reste très présente et il se développe des apprentissages de la relation médecin-patient à partir d'expériences de type Balint<sup>18</sup>.

Il existe de nombreux outils permettant d'évaluer les connaissances et les compétences. Dans le cadre de la relation médecin-patient, la priorité est celle de l'évaluation « authentique » qui enchâsse constamment l'évaluation dans l'apprentissage (connaissances/compétences), qui prend en compte l'authenticité des situations d'apprentissage et qui implique la transdisciplinarité<sup>19</sup>. Ces modalités d'évaluation peuvent utiliser une mise en situation réelle ou simulée, des jeux de rôle, mais aussi un exercice écrit après une vignette papier ou vidéo ou un exercice oral après une vignette papier ou vidéo... ceci en étape préliminaire à une évaluation en situation réelle. En France, la réflexion sur ces trois questions essentielles de contenu, de méthodes pédagogiques et d'outils d'évaluation est encore récente, avec une absence de consensus. Dans le cadre de notre étude et face à cette problématique globale d'évaluation, nous avons choisi d'utiliser la vignette clinique sur papier en raison de son intérêt à la fois pour l'apprentissage et l'évaluation. Nous faisons l'hypothèse que la vignette clinique papier peut être un outil d'évaluation de l'acquisition par les étudiants d'un cadre conceptuel de référence leur permettant de repérer cinq des dimensions propres à l'approche centrée sur le patient.

### Méthode et matériel

Dans ce contexte, un enseignement/apprentissage de la relation médecin-patient a été mis à l'essai auprès des étudiants de deuxième année, enseignement au cours duquel la présente étude a été réalisée. Il s'agissait d'un enseignement intégré à un stage hors hospitalisation de trois demi-journées par semaine sur une durée de 7 semaines chez des médecins libéraux.

Ces derniers avaient reçu pour consigne d'aborder avec l'étudiant tout ce qui se rapportait à la relation médecin-patient. Les étudiants rapportaient les éléments observés et discutés avec leur maître de stage dans leur carnet de bord. Cet enseignement intégré au stage était composé de quatre enseignements dirigés de deux heures avec une méthode pédagogique interactive sous forme de travail en sous-groupes sur quatre thématiques qui étaient : les représentations de la relation médecin-patient en général, les techniques de base et habiletés de communication, le professionnalisme et l'entrevue médicale. Ces enseignements ont été réalisés en début de stage.

Pour notre étude, nous sommes intervenus en début et en fin de stage pour évaluer la capacité des étudiants de deuxième année à repérer cinq dimensions de l'approche

centrée sur le patient à partir d'une vignette clinique papier. Les cinq dimensions choisies nous avaient été soumises par L. Côté lors de son rapport de mission à Nantes. Elles correspondent<sup>13</sup> :

- au récit chronologique de la maladie et des plaintes du malade ;
- à l'impact physique et psychologique de la maladie ;
- à la relation avec les personnels de santé ;
- au réseau de soutien personnel et professionnel ;
- aux facteurs d'adaptation à la maladie.

L'étude a été réalisée auprès de cinq étudiantes en deuxième année de médecine pendant l'année universitaire 2001-2002. Au cours de l'enseignement intitulé « La relation médecin-patient et son importance dans les soins », enseignement intégré dans le programme du stage clinique hors hospitalisation mis en place à titre expérimental, quatre étudiantes du groupe 1 et une étudiante du groupe 2 ont accepté de participer à cette étude, sur un nombre total d'étudiants en deuxième année qui est de 124. Les caractéristiques et l'intérêt de l'étude, qui comportait deux temps distincts, T1 en préstage et T2 en post-stage, ont été expliqués aux étudiantes.

Quatre étudiantes du groupe 1 ont été vues en préstage (T1) et en post-stage (T2). Elles ont répondu aux deux vignettes cliniques en T1 et T2, et ont participé à un focus groupe animé par un des auteurs (J. Barrier) en T2. Une étudiante du groupe 2 a également répondu aux deux vignettes cliniques en T1 et T2 et a participé à un entretien d'explicitation animé par la psychologue (A. Bonnaud) en T2. Il s'agissait donc d'une méthode « focus groupe » versus « entretien d'explicitation ».

Tel que décrit dans la problématique, nous voulions évaluer la capacité des étudiantes à repérer cinq thématiques de l'approche centrée sur le patient afin d'être apte à réaliser, ultérieurement, un entretien structuré centré sur le patient. Nous avons choisi pour ce faire la méthode de la vignette clinique sur papier suivi d'un entretien d'explicitation. Ce choix peut paraître peu en adéquation avec le paradigme d'apprentissage et l'évaluation qui se voudrait « authentique » lorsqu'il s'agit d'une compétence propre à la sphère relationnelle. Alors, pourquoi avoir choisi la vignette clinique sur papier ?

La vignette clinique sur papier permet de suivre les recommandations à visée didactique, principalement en ce qui concerne le développement de tâches d'évaluation autour de scénarios authentiques, avec un réel niveau de complexité. Dans le cadre de cette étude, deux vignettes cliniques issues de situations authentiques et d'un niveau de complexité comparable ont été élaborées. Il s'agissait d'exposer une situation évoquant une consultation médicale en insistant, par l'utilisation de signifiants spécifiques, sur l'importance de la relation du médecin avec le patient venant consulter. Le diagnostic était posé, il ne

s'agissait donc pas pour l'étudiant de s'orienter vers une entrevue médicale, mais de se centrer sur le patient, sur sa personnalité, ses attitudes, ses comportements, ses expressions orales et l'ensemble des éléments donnés par le patient sur sa vie et son entourage. Les deux vignettes cliniques utilisées sont présentées pages 160, 161 avec la consigne suivante :

*Vous avez 20 minutes pour répondre aux deux questions suivantes à partir des éléments qui vous sont donnés dans le cas clinique présenté ci-dessous :*

*1 – Quelle analyse faites-vous de la situation ?*

*2 – Comment élaborez-vous votre entretien et quelles questions posez-vous ? Merci de vous justifier.*

Les réponses des étudiantes aux deux vignettes cliniques ont fait l'objet d'une analyse de contenu à la fois qualitative et quantitative<sup>20</sup>. Dans un premier temps, l'analyse de contenu a permis de quantifier le nombre de dimensions médicales et extra-médicales explorées par les étudiantes lors des entretiens écrits réalisés (*Tableau 1*). Les dimensions médicales concernent l'ensemble des éléments de sémiologie évoqués par le patient ou le médecin. Les dimensions extra-médicales concernent les dimensions socio-psychologiques. Secondairement, l'analyse de contenu a été appliquée aux cinq thèmes choisis de l'approche centrée sur le patient. Il s'agissait de repérer si les étudiantes étaient capables, dans leur analyse de la situation et les questions posées sur papier, de repérer ces cinq thèmes. Nous avons ensuite comptabilisé le nombre de questions propres à chaque thème posées par les étudiantes (*Tableau 2*).

Pour compléter ces résultats, et suite à la seconde vignette clinique papier en T2, nous avons utilisé l'entretien d'explicitation de Vermersch qui est une technique d'aide à la verbalisation qui s'utilise après coup, une fois qu'une tâche a été accomplie. Cela permet à un sujet de prendre du recul par rapport à ce qu'il a fait, de comprendre comment il s'y est pris et d'explicitation ses méthodes et ses procédures de travail. Il devient alors progressivement capable d'agir seul, à sa propre initiative et de transférer ce qu'il a appris<sup>21</sup>. Il nous a semblé tout à fait pertinent dans le cadre de cette étude d'avoir recours à cet outil qui s'inscrit dans la dynamique de la psychologie cognitive où la méta-cognition est à la base de tout apprentissage solide puisque construit.

Nous avons donc interrogé les étudiantes sur leur façon de répondre aux vignettes cliniques afin de montrer que derrière un exercice papier il y a des processus de réflexion, d'élaboration et de construction de connaissances en constante dynamique. C'est ainsi qu'au cours de nos entretiens d'explicitation, d'abord avec les quatre étudiantes du groupe 1 (focus groupe), puis en entretien individuel avec l'étudiante du groupe 2, et afin d'explorer les processus de réflexion, nous avons orienté nos ques-

tions sur six thématiques précises :

- Le vécu général de chaque étudiante vis-à-vis des vignettes cliniques. Leurs premières impressions et leur ressenti subjectif.
  - L'utilisation des données : tri, sélection et hiérarchisation des signifiants. Y a-t-il une appréhension globale ou analytique des signifiants ?
  - Les connaissances utilisées pour répondre à l'exercice de la vignette : les étudiantes se sont-elles appuyées sur des connaissances déclaratives ou des connaissances d'actions ?
  - Le savoir produit après avoir répondu à l'exercice de la vignette clinique.
  - Les limites propres à la vignette clinique sur papier : avantages et inconvénients.
  - Les propositions d'autres méthodes permettant d'apprendre et d'évaluer la relation médecin-patient.
- Les résultats de ces entretiens sont présentés dans le *tableau 3*.

## Résultats

Les résultats de l'analyse de contenu comparant entre les deux vignettes cliniques (VC1 et VC2) les dimensions médicales et extra-médicales sont présentées dans le *tableau 1*.

Quantitativement, nous avons observé que toutes les étudiantes explorent davantage les dimensions extra-médicales que médicales, et cela pour les deux vignettes.

Qualitativement, nous avons observé un clivage moins prononcé entre les dimensions extra-médicales et médicales explorées lors de la seconde vignette clinique. En effet, lors de la seconde vignette, les étudiantes ont établi des liens entre les symptômes physiques, la douleur par exemple, et le retentissement psychologique de ces symptômes sur la façon de réagir des patients ou sur leur environnement.

L'analyse de contenu comparant les deux vignettes cliniques (VC1 et VC2) à propos des dimensions de l'approche centrée sur le patient est présentée dans le *tableau 2*.

Quantitativement, nous avons observé qu'entre les deux vignettes, seulement deux étudiantes du groupe 1 ont exploré plus de dimensions à la seconde vignette qu'à la première.

Qualitativement, nous constatons que quatre des cinq dimensions propres à l'approche centrée sur le patient sont explorées. Seule la dimension « la relation avec le personnel de santé » n'est pas explorée. Ces données ont été complétées par les réponses obtenues lors des entretiens d'explicitation.

Les entretiens d'explicitation (focus groupe pour le groupe 1 et entretien individuel avec une étudiante du

## Recherche et Perspectives

**Tableau 1 : Nombre d'items médicaux et extra-médicaux évoqués par chaque étudiante du groupe 1 et du groupe 2 pour chacune des deux vignettes cliniques.**

Groupe	Sujet	Vignette	Dimension Médicale	Dimension extra-médicale
1	J	VC1	0	4
		VC2	4	6
	L	VC1	0	4
		VC2	0	5
	M	VC1	0	4
		VC2	3	5
	N	VC1	2	5
		VC2	2	3
Groupe	Sujet	Vignette	Dimension Médicale	Dimension extra-médicale
2	P	VC1	0	5
		VC2	3	4

**Tableau 2 : Nombre d'items de chacune des cinq thématiques choisies de l'approche centrée sur le patient évoqués par chaque étudiante du groupe 1 et du groupe 2 pour chacune des deux vignettes cliniques.**

Groupe	Sujet	Vignette	1	2	3	4	5	Total
1	J	VC1	1	0	0	2	0	3
		VC2	2	2	0	2	0	6
	L	VC1	2	3	0	2	2	9
		VC2	3	6	0	4	2	15
	M	VC1	1	0	0	2	1	4
		VC2	1	1	0	2	0	4
	N	VC1	0	0	0	2	1	3
		VC2	2	0	0	1	0	3
	Sujet	Vignette	1	2	3	4	5	Total
2	P	VC1	0	1	0	2	0	3
		VC2	0	0	1	1	1	3

1 : Plaintes et récit chronologique de la maladie

2 : Impact physique et psychologique de la maladie

3 : Relations avec le personnel de santé

4 : Réseaux de soutien personnel et professionnel

5 : Facteurs d'adaptation à la maladie



groupe 2) ont été riches d'informations et ils ne peuvent être retranscrits dans leur globalité. Nous avons donc synthétisé l'ensemble des données. Elles sont présentées dans le *tableau 3*.

### Tableau 3 : Synthèse des réponses des étudiantes obtenues lors des entretiens d'explicitation.

- La vignette clinique a été considérée par les étudiantes comme un exercice « complexe » et « intéressant ».
- Les signifiants contenus dans le texte ont orienté le tri et la sélection des informations effectuées par les étudiantes, ils les ont guidés.
- Certaines étudiantes pensent avoir pris conscience d'une certaine incompétence en ce qui concerne leur incapacité provisoire à considérer un patient dans sa globalité.
- Elles pensent que les vignettes cliniques sont des outils d'apprentissage à compléter par d'autres outils comme des vignettes vidéo, des jeux de rôle, des simulations et par l'expérience de terrain.
- Les étudiantes disent n'avoir utilisé aucune connaissance déclarative issue des enseignements intégrés.
- Par contre, elles disent avoir utilisé des connaissances d'actions issues exclusivement des stages hors hospitalisation.

## Discussion

L'étude a confirmé l'intérêt de la formation à la relation médecin-patient, puisque toutes les étudiantes ont témoigné de leur capacité et intérêt à considérer les dimensions autres que médicales et propres à l'approche centrée sur le patient, et cela même en l'absence de référentiel. Ainsi, certaines ont pu s'orienter vers une tentative d'analyse de personnalité ou de compréhension des réactions psychologiques des patients face à l'annonce d'une maladie grave ou chronique, avec pour consigne : « quelle analyse faites-vous de la situation ? ».

Il pourrait être objecté à cela que l'orientation psychologique était donnée aux étudiantes par la consigne ou par les éléments intégrés dans la vignette clinique puisque celles-ci ont pu dire qu'elles s'étaient senties « poussées » dans ce sens-là. Nous pensons tout de même qu'il y a une propension naturelle des étudiantes à s'intéresser au patient dans une dimension bio-socio-psychologique et non plus seulement biomédicale. Il est donc important

que cet intérêt « naturel » ne soit pas perdu au cours des études médicales ainsi qu'a pu le montrer l'étude réalisée par J. Barrier<sup>22</sup>. En effet, les étudiants de deuxième année seraient davantage capables d'identifier des problèmes éthiques et de proposer des solutions que les étudiants de quatrième année qui semblent plus cyniques (manque de compassion) vis-à-vis des problématiques rencontrées. La formation de la relation médecin-patient doit donc être proposée le plus tôt possible dans les études de médecine, c'est-à-dire lorsque les étudiants ont encore des capacités d'observation et un sens critique qu'ils souhaitent voir développer davantage. Cet avis a été partagé par nos collègues d'outre-atlantique lors des dernières journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale à Nancy en avril dernier<sup>23</sup>.

En ce qui concerne l'acquisition et la structuration des nouvelles connaissances sur la relation médecin-patient, les résultats ont témoigné d'une dichotomie moins évidente entre les dimensions médicales et extra-médicales à la seconde vignette clinique qu'à la première. Ces résultats laissent penser qu'entre les deux temps il s'est opéré des changements pouvant témoigner de l'acquisition de nouvelles connaissances conduisant à l'intégration simultanée des deux dimensions médicales et extra-médicales. La question est de savoir comment ces nouvelles connaissances ont été intégrées et structurées ?

Si nous nous référons aux remarques faites par les étudiantes concernant l'utilisation des données du problème et les connaissances utilisées pour répondre aux vignettes cliniques, nous sommes surpris de constater qu'il n'y a aucune connaissance déclarative ou théorique qui a servi de référence ou d'élément d'étayage pour aider les étudiantes à répondre au problème. Il y a un consensus parmi les étudiantes pour dire qu'il y a une absence de modèle mémorisé et réactivé ayant servi de référentiel, et qu'elles se sont appuyées exclusivement sur les signifiants qui leur paraissaient les plus éloquents (signifiants concernant la présentation des sujets, leurs attitudes, leurs comportements...). Concernant les connaissances d'action, ce sont essentiellement les stages hors hospitalisation qui ont permis d'illustrer la relation médecin-patient, les stages hospitaliers étant davantage orientés vers la recherche diagnostique s'appuyant sur une approche biomédicale parfois stricte.

Au regard de ces résultats, nous sommes en mesure de nous interroger sur ce qui a été enseigné et comment cela a été enseigné. La nécessité de contextualiser la connaissance dans le domaine relationnel apparaît évidente, surtout si elle a pour but de mener à l'acquisition de compétence. Nous avons vu dans le cas présent que la contextualisation peut se faire à partir des stages qui permettent d'établir des liens entre ce qui est énoncé lors des enseignements, en référence à des supports

## Recherche et Perspectives

théoriques précis, et les expériences relatées par les enseignants cliniciens. Ces résultats mettent en exergue l'extrême importance des stages, hospitaliers et non hospitaliers. Ils sont la pierre angulaire de cette formation à la relation médecin-patient. Il est donc indispensable de consolider les liens entre les stages et les enseignements en faisant davantage participer les étudiants, pendant et au retour de stage, et en les aidant à s'exprimer sur ce qu'ils ont observé et ressenti. La méthode de l'entretien d'explicitation a montré combien il est essentiel que les étudiants soient pleinement actifs. La relation médecin-patient ne s'enseigne pas, elle s'apprend en ce qui concerne certains éléments clés de base, comme ceux de la communication, puis elle s'expérimente.

La principale limite de cette étude est le nombre limité de sujets ayant participé. Malgré ce biais, la nature qualitative de notre méthodologie a permis d'apporter des débuts de réponses aux questions concernant les méthodes d'apprentissage et d'évaluation de la relation médecin-patient. Les entretiens d'explicitation ont par ailleurs mis en exergue les processus de réflexion et de construction des connaissances des étudiantes, ce qui nous permet de nous adapter, en tant qu'enseignants et pédagogues, aux besoins des étudiants.

### Conclusion

Cette étude représente la première étape d'une démarche d'évaluation de la capacité des étudiants à

### Vignette clinique PCEM2 (n°1)

**Vous avez 20 minutes pour répondre aux deux questions suivantes à partir des éléments qui vous sont donnés dans le cas clinique présenté ci-dessous :**

**1 – Quelle analyse faites-vous de la situation ?**

**2 – Comment élaborez-vous votre entretien et quelles questions posez-vous ?**

**Merci de vous justifier.**

**Vous êtes médecin généraliste.**

Monsieur Patrick L., âgé de 55 ans, vous a déjà « consulté » téléphoniquement suite à des douleurs et un état de fatigue, perceptions nouvelles pour lui. Ce patient se glorifie auprès de vous d'avoir « une santé de fer » et donc de n'avoir jamais eu besoin de médecin traitant jusqu'à ce jour.

Monsieur L. est revenu vous consulter, seul, pour ces douleurs de l'épaule droite d'apparition relativement récente, mais persistantes. Il est marié à une épouse discrète et effacée avec laquelle il a une fille de 8 ans. Il a deux grands enfants d'un premier mariage (soldé par un veuvage) : deux fils, dont l'un s'apprête à prendre des responsabilités au sein de l'entreprise d'une quarantaine de personnes que Monsieur L. dirige ; son second fils termine ses études de médecine. Monsieur L. est un « bon vivant », gros fumeur et consommateur de whisky, « vices » qu'il dit être en partie liés à sa fonction de représentation qui occupe la grande majorité de son temps.

L'examen clinique vous a permis de retrouver en dehors d'une intoxication tabagique majeure, une importante altération de l'état général avec amaigrissement de 5 kg en deux mois, un myosis et un ptosis droits. Vous aviez commencé à informer Monsieur L. de l'importance des symptômes que vous observez et de l'intérêt majeur à porter à la situation, ce dernier vous avait interrompu avant même que vous ayez fini de vous exprimer :

*« Je souhaite être informé très exactement de la situation, pas*

*de cachotteries, pas de jargon médical, je n'ai pas le temps pour ces choses-là... Je suis mal à l'idée que cela puisse empirer au point de devoir arrêter mes activités... Cela n'est absolument pas envisageable ! Faites ce qu'il est recommandé de faire dans ce cas-là et le plus rapidement possible. »* À ce moment-là, un appel téléphonique professionnel arrive sur le portable de Monsieur L. et celui-ci interrompt alors la consultation pour répondre à cet appel.

Le diagnostic que vous suspectiez est donc celui d'un cancer broncho-pulmonaire évolué et demandait à être confirmé avant d'en parler au patient.

Vous revoyez ce patient le surlendemain

Ce diagnostic est effectivement confirmé par l'existence d'une opacité sur le cliché thoracique qui a été réalisé. Vous avez pris l'avis d'un oncologue : il ne peut pas bénéficier d'un traitement chirurgical, et il faut lui proposer une chimiothérapie antimitotique suivie d'une irradiation sur 4 semaines. Vous apportez des informations très précises au patient quant à la nature de la pathologie cancéreuse, son stade, le traitement et les effets secondaires. Malgré votre souci de transparence, Monsieur L. demande à réfléchir au bien fondé de ce traitement dont les retentissements sont évidents.

À nouveau le téléphone mobile de Monsieur L. retentit. Sa conversation terminée, il vous exprime son souhait de réfléchir et vous promet de vous recontacter le plus rapidement possible afin de vous tenir informer de sa décision.

adopter une orientation vers le patient plutôt que vers la maladie. Elle a montré que la relation médecin-patient peut faire l'objet d'un apprentissage auprès des étudiants de médecine. Elle a également montré qu'il est essentiel d'adapter les méthodes et les outils pédagogiques aux problématiques explorées. La vignette clinique papier suivie d'entretien d'explicitation peut être un outil d'apprentissage de la relation médecin-patient, notamment pour l'approche centrée sur le patient. Cet outil permet également d'évaluer l'acquisition d'un cadre conceptuel permettant de structurer les connaissances. L'étude a enfin souligné l'extrême importance des stages, car

l'apprentissage de la relation médecin-patient ne peut faire l'économie ou l'impasse de la rencontre avec le patient, c'est-à-dire du colloque singulier.

### Remerciements

*Nous exprimons nos remerciements aux étudiantes qui ont participé à cette étude, ainsi qu'à Luc Côté pour l'aide apportée dans la mise en place de la formation à la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Nantes.*

## Vignette clinique PCEM2 (n°2)

**Vous avez 20 minutes pour répondre aux deux questions suivantes à partir des éléments qui vous sont donnés dans le cas clinique présenté ci-dessous :**

**1 – Quelle analyse faites-vous de la situation ?**

**2 – Comment élaborer votre entretien et quelles questions posez-vous ?**

**Merci de vous justifier.**

### Vous êtes algologue.

Vous recevez pour la première fois en consultation Mademoiselle Christine P., âgée de 42 ans, qui vient vous consulter pour un problème de douleurs musculaires dans ses membres supérieurs et inférieurs. Elle dit venir vous voir de son propre chef après avoir lu un article que vous avez publié dans une revue scientifique qui avait pour intitulé : « Les fibromyalgies, retentissements psychologiques », article qu'elle dit avoir beaucoup apprécié et qui l'a décidé à vous consulter.

Mademoiselle P., célibataire, vient en consultation accompagnée de sa mère avec qui elle vit. La patiente vient pour des douleurs qui colorent sa vie depuis près de 6 ans. Elle est en arrêt maladie depuis 2 ans, après avoir été secrétaire médicale pendant 15 ans. Mlle P. est d'un premier abord relativement froid, le visage fermé et la bouche pincée, parlant rapidement sur un ton sec et monocorde et sans trop de détail dans la description de ses symptômes. Elle exprime assez rapidement son épuisement, sa « lassitude » de devoir aller d'un médecin à l'autre sans que rien d'efficace ne soit mis en place pour calmer ses douleurs qui, selon elle, sont très invalidantes.

Vous réalisez dans un premier temps un examen clinique en faisant le choix de ne pas regarder le dossier de la patiente qui vous a été présenté par cette dernière et qui semble la suivre à toutes ses consultations. Mlle P. semble ne pas trop apprécier le fait ne vous n'accordiez pas d'importance à son dossier. A l'examen clinique vous repérez des douleurs diffuses périarticulaires et rachidiennes associées à une fatigabilité musculaire et

des céphalées de tension. Vous sentez que la patiente a du mal à se relâcher, ses muscles sont tendus et elle s'attache à suivre du regard le moindre de vos agissements : « ne me dites pas que j'ai un SPID (syndrome polyalgique idiopathique diffus) ou un truc de ce genre un peu psycho... je ne sais pas quoi car je ne suis pas venue pour encore entendre cela. Je suis extrêmement douloureuse et pourtant je n'ai vraiment pas l'habitude de me plaindre. Il faut absolument que vous vous intéressiez à mon cas en me suivant de près. J'ai entièrement confiance en vous... (silence) ». Vous terminez votre examen clinique en invitant la patiente à se rhabiller et à vous rejoindre dans le bureau dans la pièce voisine où attend patiemment sa mère.

Le diagnostic que vous posez est celui d'un syndrome fibromyalgique caractérisé par un état douloureux musculaire chronique. Votre diagnostic est identique à celui de plusieurs de vos confrères rhumatologues et algologues dont vous lisez les comptes rendus dans le dossier apporté par Mlle P. Vous invitez celle-ci à venir vous rejoindre pour un entretien au cours duquel vous allez chercher à compléter les informations médicales.

A la fin de l'entretien vous expliquez à Mlle P. que vous n'allez rien lui prescrire de plus que ce qu'elle a déjà (antalgique, AINS et corticoïdes) mais que vous souhaiteriez la revoir seule dans une semaine pour une réévaluation. Au cours de cette semaine, elle aura à utiliser une échelle comportementale de douleur (Mc Gill Pain) qu'elle devra remplir avec rigueur. Mlle P. dit être d'avis pour tenter cette nouvelle expérience « si cela peut m'aider » et qu'il lui tarde déjà de revenir vous voir.



## Références

1. Campbell TL. Medical interviewing and the biopsychological model. *J Fam Pract* 1998 ; 47 : 339-40.
2. Favereau E. La fin du « sois malade et tais-toi ». *Libération*, mercredi 05 septembre 2001: 31-4.
3. Collège des médecins de famille du Canada. *La relation médecin-patient en médecine familiale. Rapport du groupe de la section des enseignants sur le développement du Curriculum*, 1990.
4. Stewart M. (ed). *Patient-centered Medicine : Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks (Ca) : Sage Publ. , 1995 : Chap.2-3.
5. Boulé R et Girard G. *L'approche centrée sur le patient : concepts et exemples*. *Revue de la médecine générale* 1999 ; 166 : 377-81.
6. Mead N, Bower P. Patient-centredness : A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Soc Sci and Med* 2000 ; 51 : 1087-110.
7. Côté L, Savard A et Bertrand R. *Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille*. *Can Fam Physician* 2001 ; 47 : 512-8.
8. Beckman H, Markakis K, Suchman A and Frankel R. *The Doctor Patient Relationship and Malpractice. Lessons from plaintiff depositions*. *Arch Intern Med* 1994 ; 154 : 1365-70.
9. Lussier MT et Richard C. *Plaintes et poursuites : la communication patient-médecin est souvent en cause*. *L'omnipraticien* 9 octobre 1997 : 40-5.
10. Levinson W and Roter DL. *Physician-patient communication : the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. *JAMA* 1997 ; 277 : 553-59.
11. Stewart M, Belle Brown J, Boon H, Galajda J, Meredith L et Sangster M. *Données sur la communication entre médecin et patient*. *Cancer Prev Control* 1999 ; 3 : 25-30.
12. Côté L, Clavet S, St-Hilaire S, Vaillancourt C, Blondeau F et Martineau B. *La relation médecin-patient en médecine familiale. Une expérience de planification d'activités d'apprentissage*. *Can Fam Physician* 1999 ; 45 : 1250-54.
13. Côté L. *Etat des lieux et orientations de travail sur l'apprentissage de la relation médecin-patient à la faculté de médecine de Nantes. Rapport de mission*, 2001.
14. Rogers CR. *L'approche centrée sur la personne. Anthologie des textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson*. Lausanne : Editions Randin. 2001 : 544.
15. Altet M. *Le concept d'apprentissage*. *Sciences humaines* 1996 ; Hors série, (12) : 78-81.
16. Ruzsniewski M. *Face à la maladie grave*. Paris : Masson, 1996 : 204.
17. Iandolo C. *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, art et erreurs de la communication*. Paris : MMI Editions, 2002 : 192.
18. Weber JC et Kappler-Constans T. *Apprentissage de la relation médecin-patient par une expérience de type Balint proposée aux étudiants hospitaliers*. XV<sup>ème</sup> Journées Universitaires Francophones de Pédagogie Médicale. Nancy, 22 au 25 avril 2003.
19. Tardif J. *Une évaluation authentique. Intégrer les nouvelles technologies de l'information quel cadre pédagogique ?* Collection pratiques et enjeux pédagogiques. Paris : ESF Editeur, 1998 : 80-104.
20. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris : PUF, Manuel Universitaire, 1977 (10<sup>e</sup> Edition, 2000).
21. Vermersch P. *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Editeur, 1994.
22. Barrier JH et Pottier P. *Capacité des étudiants en médecine en stage hospitalier à résoudre des problèmes éthiques. Etude comparative entre la 3<sup>ème</sup> et la 6<sup>e</sup> année à l'aide d'un portfolio*. Poster présenté au 2<sup>e</sup> Forum International Francophone de Pédagogie Médicale, Montréal, 2002.
23. Lussier MT, Goudreau J, Millette B et Richard C. *L'enseignement de la communication médecin-patient. Atelier de formation pédagogique*. XV<sup>ème</sup> Journées Universitaires francophones de Pédagogie Médicale, Nancy, 22 au 25 avril 2003.