

# L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire

*Learning on the relationship between doctors and patients brought by simulated patients : results from a preliminary assessment*

Ségoleine CUENOT<sup>1</sup>, Pierre COCHAND<sup>2</sup>, Jacques LANARES<sup>1</sup>, François FEIHL<sup>1</sup>,  
Raphaël BONVIN<sup>1</sup>, Patrice GUEX<sup>2</sup>, Bernard WAEBER<sup>1</sup>

**Résumé** **Contexte** : Les étudiants de 4<sup>e</sup> année des études de médecine à la faculté de biologie et de médecine de Lausanne bénéficient d'un enseignement des habiletés à la communication médecin-malade, ayant recours à un patient simulé joué par un comédien. **But** : Évaluer la pertinence de cette méthode active dans l'optique de renforcer cet enseignement dans le curriculum. **Méthodes** : Un questionnaire demande aux étudiants d'apprécier leurs apprentissages, ainsi que le dispositif d'enseignement. Un autre questionnaire évalue les compétences de l'étudiant qui mène l'entretien par l'étudiant lui-même (étudiant actif), par les étudiants observateurs, par l'enseignant et par le patient simulé. **Résultats** : Ce dispositif d'enseignement est apprécié des étudiants et permet aux étudiants qui ont mené l'entretien et aux étudiants observateurs d'en tirer un bénéfice. Les étudiants actifs ont tendance à évaluer leurs compétences d'entretien plus négativement que ne le font l'enseignant, le comédien et les étudiants observateurs. **Conclusion** : Ce dispositif d'enseignement est perçu comme pertinent par l'ensemble des participants, mais devrait être renforcé pour donner à chaque étudiant l'occasion de participer activement à l'entretien simulé.

**Mot clés** Habiletés de communication médecin-malade ; patient simulé.

**Abstract** **Context**: 4th year medicine students at the Faculty of Biology and Medicine of Lausanne were taught to develop patient-doctor communication skills, using a simulated patient played by an actor. **Objective**: To assess the relevance of this active method in the perspective of reinforcing this teaching approach in the curriculum. **Method**: This new form of teaching was assessed by questionnaires filled by all participants, i.e. students involved in the communication (active student), students who were bystanders (observer students), the tutor, as well as the actor. **Results**: This teaching approach was appreciated from all students, active and observer, allowing them to gain benefit from the interview on communication skills acquirement. The active students assessed their communication skills more negatively than did the teacher, the actor and the observer students. **Conclusion**: This teaching method seems to be relevant for all participants and should be reinforced to give the opportunity for each student to participate as an active student.

**Key words** Communication skills; simulated patient.

*Pédagogie Médicale* 2005; 6: 216-224

1- Unité de pédagogie médicale - Faculté de Biologie et de Médecine - Université de Lausanne - Rue du Bugnon 21 - CH-1005 Lausanne

2- Service de psychiatrie de liaison - CHUV - CH-1011 Lausanne

Correspondance : Bernard Waeber - Division de physiopathologie clinique - CHUV - MP 14 - CH-1011 Lausanne - Tél : ++ 41 21 314 07 60  
mailto : bwaeber@chuv.hospvd.ch

## Introduction

Il est aujourd'hui bien établi que la communication entre le médecin et son patient a une grande influence sur la qualité de la relation médecin-malade<sup>1</sup>. Une bonne communication entre le médecin et son patient favorise notamment l'efficacité de la consultation du point de vue de la récolte d'informations, une meilleure compréhension par le patient de son diagnostic ainsi qu'une meilleure adhésion du patient au traitement<sup>2</sup>.

L'introduction d'un enseignement des habiletés de communication (*communication skills*) a montré qu'elle pouvait améliorer des compétences d'étudiants en médecine à maintes reprises<sup>3, 4, 5, 6</sup>, y compris dans un contexte préclinique<sup>3, 5, 6</sup>. Toutefois, cet enseignement devrait se poursuivre tout au long du curriculum car de telles habiletés peuvent être oubliées avec le temps, en particulier lors des années cliniques où l'apprentissage est axé sur la résolution de problèmes médicaux<sup>7, 8</sup>.

Les habiletés de communication peuvent être enseignées de différentes manières. Cependant, les méthodes d'enseignement de type « expérientiel » (*experiential*) ont tendance à être les plus efficaces<sup>9, 10</sup> et les plus appréciées des étudiants<sup>11</sup>.

L'utilisation de patients simulés dans l'enseignement médical, et plus particulièrement dans l'entraînement à la communication médecin-malade, est une pratique répandue qui offre de nombreux avantages<sup>12</sup>. Parmi ceux-ci, l'usage du patient simulé fournit aux étudiants débutants des occasions de s'exercer dans des situations mimant ce qui arrive dans le réel mais dans un environnement sans danger pour le patient, avec la possibilité de répéter les gestes. L'entraînement avec un patient simulé permet également de cibler le scénario afin d'exercer des habiletés spécifiques et d'explorer des situations émotionnellement lourdes. Le curriculum d'enseignement et d'apprentissage des « *communication skills* » à l'École de médecine de Maastricht est caractérisé, entre autres choses, par une augmentation graduelle de la complexité des situations pratiques : les étudiants sont d'abord confrontés à des patients simulés avant d'aborder de vrais patients<sup>13</sup>. De plus, le patient simulé, préalablement entraîné, peut donner un *feedback* objectif sur l'interaction et sur les compétences de l'étudiant<sup>14, 15, 16</sup>. Ceci est d'autant plus intéressant que Sanson-Fisher et Poole n'ont pas trouvé de différence significative dans le degré d'empathie entre les interactions d'étudiants avec des patients réels ou avec des patients simulés<sup>17</sup>.

L'utilisation de la vidéo est utile dans l'apprentissage des habiletés de communication médecin-malade. L'enregistrement d'un entretien entre un étudiant et un patient offre la possibilité à l'étudiant de visionner le scénario et de revoir ses propres comportements, d'analyser l'inter-

action et les techniques d'entretien, d'identifier les points forts et les points faibles, de bénéficier du point de vue des observateurs (enseignant, collègues,...) et ainsi d'améliorer ses compétences<sup>18</sup>. L'apprentissage ne concerne pas que l'étudiant actif ; les étudiants observateurs de l'interaction et prenant part à la discussion en bénéficient eux aussi<sup>19</sup>. L'auto-évaluation est aussi une manière pour l'étudiant d'apprécier ses propres compétences. Elle est pour le médecin une habileté fondamentale tout au long de sa carrière professionnelle, pour mettre à jour ses connaissances dans un domaine en constante évolution<sup>20, 21, 22</sup>.

Dans le curriculum actuel des études de médecine de la faculté de biologie et de médecine de Lausanne, l'une des approches de l'enseignement des habiletés de communication médecin-malade repose sur un dispositif d'enseignement en petits groupes, en présence d'un patient simulé, mis en place en quatrième année d'études. Ce dispositif d'enseignement a été discuté et mis en place par un groupe de travail réunissant des membres de l'unité pédagogique de la faculté, ainsi que les enseignants, notamment des psychiatres, participant à l'enseignement de la médecine psycho-sociale tout au long du curriculum.

Le but de cette étude est d'évaluer la pertinence de cette méthode active et d'identifier les priorités pour améliorer la formation des étudiants en médecine dans ce domaine. Nous avons plus spécifiquement cherché à répondre aux questions suivantes : 1) Ce type d'entretien avec un patient simulé, en présence de problématiques difficiles et à forte charge émotionnelle, permet-il aux étudiants d'avoir le sentiment de mieux gérer l'entretien et la dynamique relationnelle ? 2) La perception de l'apprentissage est-elle différente de la part des étudiants qui, respectivement, conduisent l'entretien ou observent ? 3) Cet enseignement est-il bien intégré dans le curriculum ? 4) Y a-t-il un aspect de l'entretien qui pose davantage de problèmes aux étudiants ?

## Méthodes

### Dispositif d'enseignement

L'enseignement des habiletés de communication dispensé aux étudiants de médecine de 4<sup>e</sup> année, intitulé « habiletés cliniques à la communication médecin-malade », doit permettre aux étudiants de pratiquer la relation médecin-malade, à l'aide d'un patient simulé et non standardisé, qui s'adapte à l'étudiant actif au cours de l'entretien. Cet enseignement a pour cadre un entretien clinique d'une vingtaine de minutes, basé sur une vignette clinique considérée comme une situation difficile (annonce d'une séropositivité à un jeune homme, annonce d'un cancer dépassé, abus de substance, douleurs chroniques). L'entretien est

mené par un étudiant, en présence d'un patient simulé. Le comédien qui joue le rôle du patient et qui participe à cet enseignement tout au long de l'année est un comédien professionnel, lui-même enseignant d'art dramatique. Les vignettes cliniques lui ont préalablement été enseignées. Cet enseignement se fait avec un groupe d'une dizaine d'étudiants, lors de deux séances de deux heures à une semaine d'intervalle ; un seul entretien est réalisé lors de chaque séance, permettant à un seul étudiant de conduire l'entretien.

Au cours de la séance, un étudiant (« étudiant actif ») se porte volontaire pour conduire l'entretien avec le patient, simulé par le comédien. Le cadre et le contexte de la consultation sont présentés au préalable par l'enseignant à l'ensemble des participants, puis l'étudiant actif est isolé avec le patient pour mener l'entretien qui est filmé. Le reste du groupe, en présence de l'enseignant, suit l'entretien en direct dans une pièce séparée. La seule consigne donnée à l'étudiant jouant le rôle du médecin est de conduire une consultation de durée « normale », c'est-à-dire de 15 à 20 minutes. Une fois l'entretien terminé, un premier questionnaire axé sur l'entretien est donné à remplir à l'étudiant actif, aux étudiants observateurs, au comédien et à l'enseignant. Puis, ces mêmes personnes se retrouvent pour discuter des impressions de chacun, en recueillant d'abord les commentaires de l'étudiant actif, puis ceux des observateurs. Enfin l'entretien est visionné et analysé par tous sous la direction de l'enseignant qui interrompt la vidéo, commente et invite les étudiants à commenter certains passages. Au terme des deux séances qui se déroulent selon le même schéma, un second questionnaire est distribué aux étudiants actifs et aux étudiants observateurs et porte plus spécifiquement sur l'enseignement.

## Questionnaires

Pour évaluer cette méthode active, nous avons développé des questionnaires et réalisé une enquête auprès des différents participants à cet enseignement, c'est-à-dire les étudiants présents à ce cours (celui qui mène l'entretien et ceux qui observent), l'enseignant, ainsi que le comédien. Les questionnaires ont été construits avec l'aide d'un conseiller pédagogique et des enseignants et responsables de ce cours de 4<sup>e</sup> année. Ces questionnaires sont ciblés sur les objectifs recherchés par ce groupe de travail, objectifs prévus pour les étudiants en médecine à ce niveau des études, et qui tiennent compte de l'enseignement de médecine psycho-sociale qui leur a été dispensé dans les années précédentes. Deux types de questionnaires ont été élaborés prenant en compte les objectifs de cet enseignement, ainsi que les conditions qui favorisent l'apprentis-

sage dans ce contexte. Ces objectifs sont l'entraînement aux techniques d'entretien, la réflexion et la compréhension de la dynamique relationnelle médecin-malade dans une problématique difficile, grâce au *feedback* utilisant la vidéo et à l'analyse en groupe de l'entretien. Le premier questionnaire (A) comporte six questions ciblées sur les compétences de l'étudiant qui a mené l'entretien avec une échelle de réponses de type Likert à cinq niveaux (non, plutôt non, plutôt oui, oui, sans avis) appréciant le degré d'accord à chaque item. Quatre versions similaires de ce questionnaire ont été adaptées pour l'étudiant qui mène l'entretien (« étudiant actif ») (*annexe 1*), pour les étudiants qui observent, pour le comédien et pour l'enseignant. Le second questionnaire (B), destiné aux étudiants actifs et aux étudiants observateurs, porte de façon plus globale sur les bénéfices qu'ils tirent d'un tel enseignement, la perception des influences des attitudes et comportements du médecin sur la dynamique de l'entretien, les difficultés liées à la relation médecin-malade, l'apport de la discussion en groupe et les situations présentées. L'échelle de réponses est identique à celle précédemment décrite. Les étudiants en médecine de la faculté de biologie et de médecine de Lausanne sont familiers avec ce type de questionnaires d'appréciation qui est le mode actuellement privilégié d'évaluation par les étudiants des enseignements dispensés à la faculté.

## Analyse des résultats

Pour l'ensemble des entretiens, pour chaque item du questionnaire A, nous avons calculé un taux de satisfaction (nombre de réponses « oui » et « plutôt oui » divisé par le nombre total de réponses à la question) en fonction du rôle (étudiants actifs, étudiants observateurs, comédien et enseignant) et nous l'avons représenté graphiquement. Nous avons également observé, pour chaque item de chaque entretien, la correspondance entre les réponses de l'étudiant actif et du comédien d'une part, de l'étudiant actif et de l'enseignant d'autre part, et entre celles du comédien et de l'enseignant ; nous avons calculé le pourcentage d'accord entre les deux protagonistes, c'est-à-dire, le nombre de fois où ils sont du même avis, soit tous deux satisfaits (réponses « oui » et « plutôt oui »), soit tous deux insatisfaits (réponses « non » et « plutôt non »). Dans cette observation, nous n'avons pas pris en compte l'avis des étudiants observateurs, étant donné qu'ils sont en nombre variable lors de chaque entretien et au total 149 répondants pour l'ensemble des entretiens, alors qu'il y a un seul enseignant, un seul comédien, et un seul étudiant actif lors de chaque entretien. A noter cependant que l'enseignant et le comédien sont les mêmes pour l'ensemble des entretiens et que l'étudiant actif change lors de chaque entretien.

Pour le questionnaire B, nous avons calculé, de façon similaire, un taux d'accord qui correspond au nombre de « oui » et « plutôt oui » divisé par le nombre total de réponses à la question. Un taux de désaccord est calculé de la même manière prenant en compte le nombre de « non » et « plutôt non ». La comparaison des réponses exprimées en pourcentage a été réalisée avec le test de  $X^2$ .

## Résultats

L'analyse du questionnaire A porte sur les réponses aux questionnaires obtenus lors de 26 entretiens, réalisés sur deux volées d'étudiants, entre 2001 et 2004. Les appréciations des différents participants à l'égard de plusieurs aptitudes visées lors de l'entretien simulé sont présentées dans la figure 1. Le tableau 1 collige les taux de concordance des réponses des différents participants. Le taux de retour du questionnaire B a été de 96 % pour les étudiants qui ont mené l'entretien et de 63 % pour les étudiants qui ont observé l'entretien ; les résultats sont exprimés dans les tableaux 2 et 3.

### Point de vue des étudiants sur leur apprentissage (Tableau 2)

Les résultats à cet égard sont présentés dans le tableau 2 ; ils montrent que la grande majorité des étudiants qui ont mené l'entretien (étudiants actifs) pensent que l'expérience leur a été bénéfique sur le plan du savoir-faire et du savoir-être (plus de 95 % d'accord), ainsi que de la confiance en soi (près de 85 %). De même, ils ont le sentiment que la discussion et le visionnement de l'entretien en présence de tous les participants (étudiants observateurs, comédien et enseignant) leur ont permis d'affiner leur analyse et d'identifier les attitudes ou comportements dont ils n'étaient pas conscients (plus de 85 % d'accord).

Les étudiants observateurs évaluent eux aussi positivement l'apport de cet enseignement sur le plan du savoir-faire et du savoir-être (plus de 90 % d'accord). La plupart des étudiants observateurs jugent aussi avoir bénéficié de la discussion en groupe après l'entretien pour leur permettre d'affiner leur analyse (près de 90 % d'accord). Cependant, bien que près de 40 % d'entre eux estiment qu'ils n'auraient pas plus appris en menant eux-mêmes l'entretien, il existe une différence significative quant au bénéfice perçu sur le plan de la confiance en soi entre les étudiants observateurs et les étudiants actifs ( $p < 0,01$ ).

### Point de vue des étudiants sur le dispositif d'enseignement (Tableau 3)

Les étudiants qui ont mené l'entretien estiment que le contexte, c'est-à-dire le recours à un patient simulé et les situations présentées, se prête bien à l'apprentissage de la conduite d'entretien et de la relation médecin-malade, les

aidant à en percevoir les difficultés et l'impact des attitudes et comportements du médecin (plus de 95 % d'accord). De même, les étudiants observateurs estiment que l'observation critique de l'entretien simulé leur a permis de mettre en évidence les difficultés liées à la relation médecin-malade et à en percevoir les répercussions sur la dynamique relationnelle (plus de 95 % d'accord).

La plupart des étudiants, actifs et observateurs, jugent cet enseignement indispensable à leur formation (plus de 80 % d'accord). Néanmoins, une majorité d'entre eux ne s'estime pas bien préparés à mener ce type d'entretien (plus de 60 % de désaccord). Dans l'ensemble, qu'ils soient actifs ou observateurs, les étudiants apprécient cet enseignement (près de 100 % de satisfaction).

### Évaluation des entretiens (Figure 1 et tableau 1)

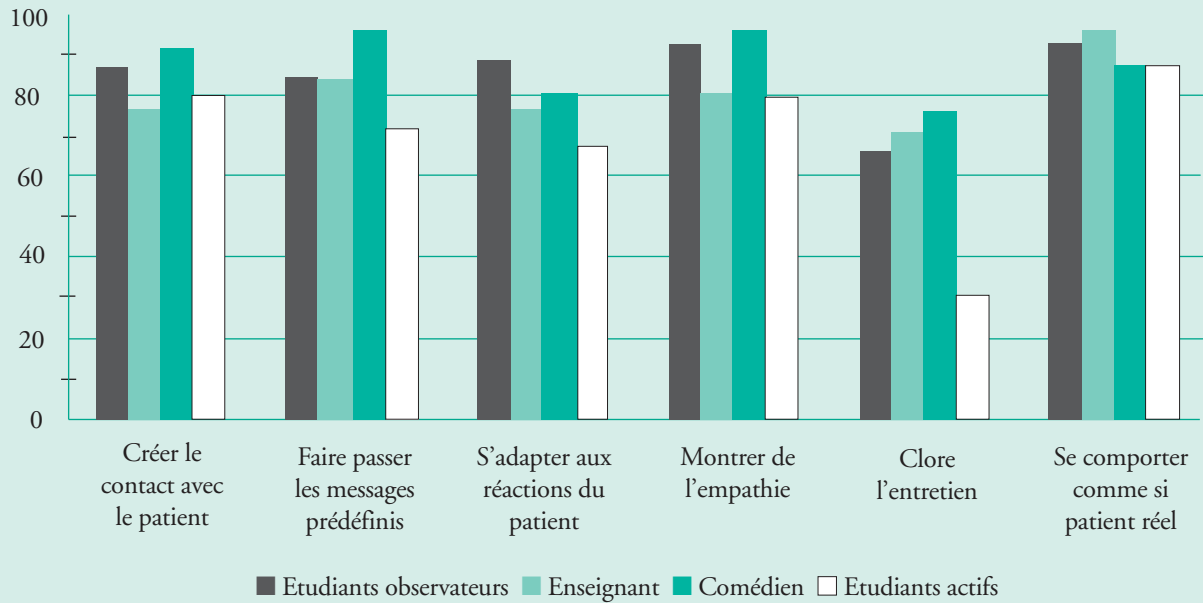
L'item le moins bien apprécié est « clore l'entretien » (moins de 80 % de satisfaction) (Figure 1). Cette phase de l'entretien est la plus faiblement évaluée quel que soit le rôle (étudiants actifs ou observateurs, comédien et enseignant). De même, tant les observateurs de l'interaction que les acteurs s'accordent sur le fait que l'étudiant qui a joué le rôle du médecin lors de l'entretien s'est comporté comme s'il avait eu à faire à un patient réel (plus de 85 % de satisfaction). Par ailleurs, à tous les items, les étudiants actifs s'évaluent plus négativement que ne les évaluent les étudiants observateurs.

Dans 80 % et plus des entretiens à tous les items, l'enseignant et le comédien s'accordent sur l'évaluation de l'étudiant actif (Tableau 1). L'accord entre l'auto-évaluation de l'étudiant actif et l'évaluation de ce même étudiant par le comédien ou par l'enseignant est moindre et plus variable d'un item à l'autre.

## Discussion

Une réforme des études de médecine est en cours dans plusieurs facultés de médecine de Suisse et la faculté de biologie et de médecine de Lausanne s'associe à ce mouvement. Cette réforme s'appuie sur le catalogue suisse des objectifs d'apprentissage établi par la Commission inter facultaire de médecine suisse. Ce document définit le profil d'un médecin au terme de ses études pré graduées et souligne l'importance des habiletés de communication<sup>23</sup>. Dans le cadre de cette réforme à la faculté de biologie et de médecine de Lausanne, l'une des priorités est de mettre l'accent sur l'enseignement de la communication médecin-malade et d'introduire ce type d'enseignement plus précocement dans le curriculum. Dans le curriculum actuel des études de médecine de la faculté de biologie et de médecine de Lausanne, l'une des approches de l'enseignement des habiletés à la communication médecin-malade repose sur un dispositif d'enseignement en petits

**Figure 1 :  
Appréciation des participants à l'égard de plusieurs aptitudes visées  
lors de l'entrevue simulée**



**Tableau 1 :  
Pourcentages d'accord sur l'évaluation des compétences de l'étudiant actif  
lors de l'entretien, entre l'étudiant actif, le comédien et l'enseignant**

	Accord entre les réponses de l'étudiant actif et du comédien	Accord entre les réponses de l'étudiant actif et de l'enseignant	Accord entre les réponses de l'enseignant et du comédien
Créer le contact avec le patient	81 %	73 %	85 %
Faire passer les messages prédéfinis	67 %	56 %	80 %
S'adapter aux réactions du patient	72 %	60 %	81 %
Montrer de l'empathie	79 %	68 %	84 %
Clôre l'entretien	56 %	44 %	80 %
Se comporter comme si patient réel	75 %	92 %	84 %

**Tableau 2 :**  
**Point de vue des étudiants sur leur apprentissage (Questionnaire B)**

	Etudiants actifs			Etudiants observateurs			
	Non/Plutôt non (%)	Oui/Plutôt oui (%)	Sans avis (%)	Non/Plutôt non (%)	Oui/Plutôt oui (%)	Sans avis (%)	
Pense que le bénéfice aurait été plus grand si actif plutôt qu'observateur	-	-	-	38,5	51,0	10,5	
Bénéfice sur le plan du savoir-faire	4,0	96,0	0,0	7,0	93,0	0,0	<i>ns</i>
Bénéfice sur le plan du savoir-être	0,0	100,0	0,0	5,0	95,0	0,0	<i>ns</i>
Bénéfice sur le plan de la confiance en soi	16,0	84,0	0,0	23,0	66,0	11,0	*
Bénéfice de la discussion pour affiner l'analyse	0,0	100,0	0,0	10,5	89,5	0,0	<i>ns</i>
Aide de la vidéo pour prendre conscience de ses propres comportements	4,0	92,0	4,0	-	-	-	
Aide de la discussion pour prendre conscience de ses propres comportements	12,5	87,5	0,0	-	-	-	

*ns = non significatif, \* p < 0.01*

**Tableau 3 :**  
**Point de vue des étudiants sur le dispositif d'enseignement (Questionnaire B)**

	Etudiants actifs			Etudiants observateurs			
	Non/Plutôt non (%)	Oui/Plutôt oui (%)	Sans avis (%)	Non/Plutôt non (%)	Oui/Plutôt oui (%)	Sans avis (%)	
Recours à un patient simulé facilite l'apprentissage de la conduite d'entretien	0,0	96,0	4,0	-	-	-	
Mise en évidence des influences des attitudes et comportements du médecin sur dynamique de l'entretien	0,0	100,0	0,0	3,5	96,5	0,0	<i>ns</i>
Mise en évidence des difficultés de la relation médecin-malade	0,0	96,0	4,0	3,5	96,5	0,0	<i>ns</i>
Situations présentées se prêtent bien à l'apprentissage de la relation médecin-malade	0,0	100,0	0,0	3,5	96,5	0,0	<i>ns</i>
Cours indispensable à ma formation	12,5	87,5	0,0	12,0	84,0	4,0	<i>ns</i>
Bien préparé pour mener ce type d'entretien	62,5	37,5	0,0	65,0	33,0	2,0	<i>ns</i>
Appréciation globale	0,0	100,0	0,0	2,0	98,0	0,0	<i>ns</i>

*ns = non significatif*

groupes, en présence d'un patient simulé, mis en place en 4<sup>e</sup> année.

Le dispositif d'enseignement et le contexte, c'est-à-dire le recours à un patient simulé, les scénarios présentés, l'utilisation de la vidéo et la discussion de groupe montrent que les étudiants, qu'ils soient actifs ou observateurs, ont le sentiment d'apprendre tant sur le plan de savoir-faire et du savoir-être que sur le plan de la dynamique relationnelle. Ceci confirme les résultats d'autres travaux<sup>9, 10, 11, 19</sup>. Dans l'interprétation des résultats, il faut toutefois se souvenir que notre étude s'est limitée à demander aux étudiants d'apprécier les bénéfices qu'ils retirent de cet enseignement, ce qui ne permet pas d'objectiver l'impact de cet enseignement sur les habiletés de communication des étudiants. Cependant, même si une partie des étudiants observateurs (près de 40 %) estiment qu'ils n'auraient pas plus appris s'ils avaient mené l'entretien, l'on constate que les étudiants qui ont mené l'entretien estiment en tirer un plus grand bénéfice sur le plan de la confiance en soi. Cette observation rejoint les conclusions de Kaufman et al.<sup>24</sup>. Cette différence sur le plan de la confiance en soi entre étudiants actifs et étudiants observateurs souligne l'importance de permettre à chaque étudiant de pratiquer le jeu de rôle avec un patient simulé et donc d'organiser le dispositif d'enseignement en conséquence.

Au niveau de l'entretien proprement dit, la phase de clôture a tendance à être la moins bien réalisée. Une explication possible est que cette compétence n'est pas suffisamment maîtrisée par l'étudiant qui mène l'entretien. Par conséquent, il apparaît que l'apprentissage de cette habileté devrait être renforcé, parallèlement à l'apprentissage d'une meilleure gestion du temps lors d'une consultation.

Le dispositif d'enseignement décrit dans cette étude ne s'est pas appuyé sur un modèle conceptuel formel de l'entrevue médecin-patient, tel que celui développé dans le guide de Calgary-Cambridge<sup>25</sup>. Un tel référentiel n'a été clairement utilisé, ni dans le choix du dispositif d'enseignement, ni dans la construction des questionnaires d'évaluation. Ce modèle complexe et complet prête une attention particulière aux éléments du contenu et aux habiletés nécessaires lors d'une entrevue médecin-patient. Le dispositif d'enseignement décrit dans notre étude est certes moins complet : il est ciblé sur l'enseignement aux étudiants de médecine de quatrième année qui a pour objectif principal de leur permettre de pratiquer la relation médecin-malade dans un entretien réel et de s'exercer aux techniques de l'entretien, laissant de côté les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Les étudiants jouant le rôle du médecin font pour la plupart abstraction du fait que le patient est simulé et estiment s'être comportés comme s'ils avaient eu affaire à un

patient réel. Ceci est également perçu par les observateurs de l'interaction et par le comédien. Cette observation vient appuyer les avantages de l'utilisation d'un patient simulé lors d'un tel enseignement, comme décrit précédemment<sup>12</sup>.

L'accord entre l'avis de l'enseignant et celui du comédien sur l'appréciation des compétences de l'étudiant dans le rôle du médecin confirme l'une des conclusions de Finlay et al.<sup>15</sup>. Néanmoins, contrairement à notre étude, Finlay et al. n'observent pas d'accord entre les experts et les patients simulés, principalement parce que les patients simulés donnent des scores plus élevés à la majorité des candidats. Le faible écart observé entre les réponses de l'enseignant et du comédien dans notre étude est peut-être lié au fait que le comédien et l'enseignant restent les mêmes lors des 26 entretiens évalués et collaborent depuis plusieurs années dans le cadre de cet enseignement.

Nous constatons, dans notre étude, que les étudiants ont tendance à sous-évaluer leurs compétences d'entretien par rapport au comédien et à l'enseignant. Diverses études ayant comparé l'évaluation des compétences par les étudiants eux-mêmes à l'évaluation de ces mêmes compétences par des experts ou par des patients simulés ont rapporté différentes conclusions. Calhoun et al., par exemple, montrent que les étudiants se sur-évaluent par rapport à l'évaluation des experts<sup>26</sup>, tandis que Farnill et al. concluent que les étudiants évaluent leurs compétences de manière plus critique que ne le fait un observateur indépendant<sup>21</sup>, alors que Gruppen et al. démontrent que les étudiants sous-estiment leurs performances en comparaison avec l'évaluation réalisée par les patients simulés<sup>22</sup>. Nous devons toutefois rester prudents dans la comparaison de ces conclusions, car les approches évaluatives sont différentes de la nôtre, notamment en ce qui concerne le nombre et les caractéristiques des évaluateurs (patients simulés professionnels ou non, enseignants experts ou non, etc.), ainsi que les compétences évaluées (habiletés à la communication, habiletés cliniques, etc.). Notre constat suggère qu'il pourrait être envisagé de développer une grille d'auto-évaluation plus détaillée et de mieux former les étudiants à leur auto-évaluation.

Le taux important d'étudiants ne s'estimant pas bien préparés à mener ce type d'entretien nous conduit à nous demander si cet enseignement est bien intégré dans le curriculum lausannois ou si l'enseignement dispensé au préalable est insuffisant pour préparer les étudiants. Hormis un enseignement de médecine psycho-sociale *ex cathedra* durant les deux premières années des études de médecine au cours duquel sont enseignés les éléments de psychologie pertinents pour la pratique médicale, les étudiants sont confrontés pour la première fois à des patients réels en 3<sup>e</sup> année, lors d'enseignements cliniques au lit du malade et d'entretiens dans le cadre de l'enseignement de

la médecine psycho-sociale. Ces entretiens de troisième année sont introduits par un cours magistral de quatre heures, proposant une introduction à la consultation médicale. Peut-être serait-il judicieux d'inverser la séquence dans laquelle les étudiants abordent les patients simulés et les patients réels dans le curriculum lausannois. Cependant, la bonne évaluation des compétences de l'étudiant qui joue le rôle du médecin par le comédien et par l'enseignant ne confirme pas cette insuffisance de préparation exprimée par les étudiants. Cette différence d'appréciation pourrait en partie s'expliquer par le fait que les étudiants n'ont pas suffisamment de *feedback* sur leurs compétences relationnelles.

En conclusion, le dispositif d'enseignement ayant recours à un patient simulé, et en présence de problématiques difficiles, évalué auprès des étudiants de 4<sup>e</sup> année des études de médecine à Lausanne est apprécié des étudiants. Il permet à ces derniers, qu'ils soient actifs ou observateurs, de percevoir un apprentissage sur le plan du savoir-faire, du savoir-être ainsi que sur la dynamique relationnelle. Les étudiants ayant pris part activement à cet enseignement en perçoivent un plus grand bénéfice sur la confiance en soi. Il apparaît donc que ce type d'enseignement à l'aide d'un patient simulé, en présence de problématiques difficiles, et

utilisant la vidéo pour ouvrir la discussion entre les différents acteurs, doit être renforcé tout au long du curriculum et permettre à chaque étudiant de pratiquer l'entretien, et si possible précéder les entretiens avec des patients réels. Pour appuyer les conclusions de notre travail, il serait utile d'évaluer dans quelle mesure les habiletés à la communication des étudiants ont réellement été améliorées par cet enseignement.

### Contributions

Ségolène Cuenot a participé à la conception du protocole de l'étude, au recueil des données, à l'analyse et à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Pierre Cochand a participé à la conception du protocole de l'étude et au recueil des données. Jacques Lanarès a participé à la conception du protocole de l'étude, à l'analyse et à l'interprétation des résultats et à l'écriture du manuscrit. Patrice Guex a participé à la conception du protocole de l'étude. Bernard Waeber a participé à la conception du protocole de l'étude et à l'écriture du manuscrit. François Feihl et Raphaël Bonvin ont participé à l'analyse et à l'interprétation des résultats.

<b>Annexe 1 :</b>					
<b>Questionnaire A rempli à la fin de l'entretien par l'étudiant ayant joué le rôle du médecin</b>					
	Non	Plutôt non	Oui	Plutôt oui	Sans avis
1. J'ai su créer le contact avec le patient au début de l'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai pu faire passer les messages prédéfinis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai su m'adapter aux réactions (émotions, questions) du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai fait montre d'empathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai su clore l'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je me suis comporté comme si j'avais eu à faire à un patient réel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Un questionnaire similaire évaluant l'étudiant ayant joué le rôle du médecin est rempli à la fin de l'entretien par les étudiants observateurs, par l'enseignant et par le comédien.</i>					



## Références

1. World Health Organization. *Doctor-Patient Interaction and Communication*. Report N° WHO/MNH/PSF/93.11. Geneva : Division of Mental Health, World Health Organization; 1993.
2. Sanson-Fisher R, Maguire P. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools ? *Lancet* 1980;2:523-6.
3. Harrison A, Glasgow N, Townsend T. Communication skills training early in the medical curriculum : the UAE experience. *Med Teach* 1996;18:35-41.
4. Humphris GM, Kaney S. Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Med Educ* 2001;35:225-31.
5. Knox JD, Bouchier IA. Communication skills teaching, learning and assessment. *Med Educ* 1985;19:285-9.
6. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Understanding the patient : a neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]* 1979;13A: 37-43.
7. Engler CM, Saltzman GA, Walker ML, Wolf FM. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *J Med Educ* 1981;56:572-9.
8. Craig JL. Retention of interviewing skills learned by first-year medical students : a longitudinal study. *Med Educ* 1992;26:276-81.
9. Aspegren K. BEME Guide No. 2 : Teaching and learning communication skills in medicine- a review with quality grading of articles. Dundee : Association for Medical Education in Europe, 1999.
10. Maguire GP, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. *Med Educ* 1977;11: 75-82.
11. Rees C, Sheard C, McPherson A. Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient Educ Couns* 2004;54:19-21.
12. Barrows HS. Simulated patients in medical teaching. *Can Med Assoc J* 1968;98:674-6.
13. Van Dalen J, Zuidweg J, Collet J. The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ* 1989;23:55-61.
14. Kopp KC, Johnson JA. Checklist agreement between standardized patients and faculty. *J Dent Educ* 1995;59:824-9.
15. Finlay IG, Stott NC, Kinnersley P. The assessment of communication skills in palliative medicine: a comparison of the scores of examiners and simulated patients. *Med Educ* 1995;29:424-9.
16. Cooper C, Mira M. Who should assess medical students' communication skills : their academic teachers or their patients ? *Med Educ* 1998;32:419-21.
17. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Med Educ* 1980;14:249-53.
18. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol Med* 1978;8:695-704.
19. Radford AD, Stockley P, Taylor IR, Turner R, Gaskell CJ, Kaney S et al. Use of simulated clients in training veterinary undergraduates in communication skills. *Vet Rec* 2003;152:422-7.
20. Gordon MJ. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. *Acad Med* 1991;66:762-9.
21. Farnill D, Hayes SC, Todisco J. Interviewing skills : self-evaluation by medical students. *Med Educ* 1997;31:122-7.
22. Gruppen LD, Garcia J, Grum CM, Fitzgerald JT, White CA, Dicken L et al. Medical students' self-assessment accuracy in communication skills. *Acad Med* 1997;72:1126.
23. Joint Commission of the Swiss Medical Schools (CIMS/SMIFK). *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduates Medical Teaching* ; February 2002.
24. Kaufman DM, Laidlaw TA, Macleod H. Communication skills in medical school : exposure, confidence, and performance. *Acad Med* 2000;75:S90-S92.
25. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*. *Acad Med* 2003;78:802-9.
26. Calhoun JG, Woolliscroft JO, Hockman EM, Wolf FM, Davis WK. Evaluating medical student clinical skill performance : relationships among self, peer, and expert ratings. *Proc Annu Conf Res Med Educ* 1984;23:205-10.

Manuscrit reçu le 21 décembre 2004 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 31 janvier 2005 ; accepté pour publication le 7 septembre 2005.