

Le « bon médecin » : quelles compétences et comment ?

Monsieur,

Un très intéressant article récent de *Pédagogie Médicale* portant sur le « bon médecin »¹ m'a remis en mémoire le Kalamazoo Consensus Statement² qui proposait une liste des compétences professionnelles de communication interpersonnelle du médecin (Tableau 1). La similitude est significative et il n'y a rien d'étonnant à cela.

Les auteurs de l'article pensent en conclusion que ces compétences attendues mériteraient d'être transmises très tôt aux étudiants et même à ceux qui envisagent d'entreprendre des études de médecine. Ils expriment cependant l'opinion que ces compétences « peuvent être considérées comme devant résulter d'un apprentissage ». Ils reconnaissent toutefois que si les aspects cognitifs sont en général bien développés au cours des études médicales, ce n'est pas le cas concernant l'affectif, ce qui est pour le moins un euphémisme. Ils attribuent curieusement cette lacune à la difficulté, concernant le domaine affectif, de le « mettre en exergue lors de l'enseignement facultaire » alors qu'il est « plus adaptable au stage clinique », ce qui indiquerait que, pour les auteurs, les études médicales sont composées de deux éléments séparés.

Cela m'incite à proposer d'aller plus loin dans la discussion. En France, avant la réforme Debré qui a instauré les centres hospitaliers universitaires (Ordonnance signée par Ch. de Gaulle, en Décembre 1959), les compétences professionnelles de communication interpersonnelle pouvaient être acquises lors de l'immersion clinique obligatoire précoce, qui était la manière traditionnelle ancestrale d'aborder les études médicales (jusqu'en 1961). À l'époque, les études médicales étaient considérées comme un tout (certes, non coordonné) composé du stage clinique le matin et de l'enseignement facultaire l'après-midi. Les Gaulois « anciens » qui ont étudié avant cette réforme se souviennent du premier matin (de la première année) passé en salle d'hôpital, en totale immersion auprès de

patients en position clinique, sous la supervision certes souvent lointaine d'un chef de clinique (matinée de quatre heures, cinq jours par semaine) et se répétant tout au long de cinq années suivantes, le tout couronné par le temps plein clinique du « stage interné », pour ceux qui n'avaient pas suivi la « voie royale » en parvenant, par la démonstration d'une super capacité de mémorisation de données factuelles, à être nommés au concours de l'externat puis, pour une petite élite, au concours de l'internat. La « réforme Debré » a mis fin à cette immersion clinique précoce et de longue durée, mais c'est une autre histoire. De Gaulle s'était plaint du trop petit nombre de prix Nobel attribué à des français, ce qui amena le comité Debré (dont j'étais membre comme « rapporteur » de 1960 à 1966) à amplifier le champ des sciences dites fondamentales qui, de facto, se sont approprié le terrain matinal d'immersion clinique. Pour mémoire, le professeur Jean Dausset, membre du comité Debré, obtiendra plus tard, en 1980, le prix Nobel, pour ses travaux sur le système d'histocompatibilité.

L'opinion, présentée par les auteurs de l'article, est que ces compétences mériteraient d'être transmises très tôt aux étudiants. Effectivement, depuis plus de 25 ans, les avantages de la précocité de l'immersion clinique précoce ont été maintes fois bien défendus dans la littérature sans pour autant entraîner beaucoup d'émules dans le monde francophone sauf au Canada³. Les auteurs pensent que ces compétences devraient résulter d'un apprentissage. Je ne suis pas assez savant pour choisir entre les avantages comparés d'une formation à la communication (empathique) et ceux d'une sélection d'impétrants ayant naturellement cette compétence. Ce qui me paraît beaucoup plus important, c'est la proposition des auteurs d'une évaluation spécifique de ces compétences dans le cadre de l'évaluation classante nationale. Enfin !

Et on pourrait même penser à y ajouter une évaluation de

Lettre à la rédaction

compétences professionnelles gestuelles (sensori-motrices) (pour n'en citer que quelques exemples : prise de sang, ponction lombaire, toucher rectal, toucher vaginal, palpation du foie, etc.) et, dans la foulée, améliorer encore le niveau de validité de l'évaluation des compétences intellectuelles (capacité d'utiliser des connaissances).

Jean-Jacques. GUILBERT
5, avenue du Mail – 1205 Genève
Mailto:guilbertjj@yahoo.fr

Références

1. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le « bon médecin » : enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale* 2006;7:174-9.
2. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001;76:390-3.
3. DesMarchais J. Essai précoce d'une profession : stage d'immersion en cours d'études médicales. *Revue Française d'Education Médicale* 1982;9:31-2

Tableau 1 : Les fonctions des tâches de communication lors d'une entrevue médicale (d'après Makoul²)

Construire la relation médecin-malade

Ouvrir la consultation

- Se présenter et expliquer brièvement son rôle.
- S'assurer que le patient « est à l'aise » et agir en cas d'inconfort évident (par exemple : douleur).
- Explorer la (les) raison(s) de la visite.
- Laisser le patient terminer son introduction sans l'interrompre.
- Établir un plan succinct de la visite.

Collecter de l'information

- Utiliser un ensemble de questions ouvertes et fermées
- Inclure si nécessaire des demandes de clarification, paraphrases, résumés, etc.
- Obtenir suffisamment d'information pour circonscrire les symptômes pertinents.

Explorer le contexte personnel du patient

- Recueillir des facteurs tels que familiaux, culturels, socio-économiques, etc.
- Mettre à jour les croyances, peurs ou inquiétudes, espoirs, et « explications ».
- Répondre d'une manière empathique en évitant les jugements de valeur.

Échanger de l'information

- Donner des explications claires en évitant tout jargon médicoscientifique.
- Vérifier le degré de compréhension du patient et en tenir compte.
- Encourager le patient à poser des questions.

Parvenir à une entente sur le « problème » (diagnostic) et un plan d'action (traitement)

- Encourager le patient à participer selon son degré d'implication.
- Explorer son degré de consentement et son intention de suivre le plan d'action.
- Anticiper des obstacles et des solutions alternatives.
- Négocier des différences de buts tenant compte des perspectives du patient.

Clore la consultation

- Procurer l'occasion de soulever des inquiétudes et poser des questions.
- Résumer la discussion et revenir sur le plan d'action.
- Proposer le maintien du contact.