

Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud

Teaching communication to residents in general medicine at the Paris Sud Medical Faculty

Catherine MERCIER*, Pascale ARNOULD, et François RAINIERI

Département de médecine générale, Université Paris Sud, Le Kremlin-Bicêtre, France

Manuscrit reçu le 26 juillet 2018 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 1er mars 2019 et le 20 février 2020 ; accepté pour publication le 21 février 2020

Résumé-Contexte : L'enseignement de la communication aux étudiants en médecine a longtemps été négligé, bien que figurant dans les compétences visées par le cursus de formation universitaire. Le département de médecine générale de la faculté Paris Sud a mis en place, en 2014, un enseignement obligatoire se déroulant sur les trois années du cursus des internes du diplôme d'études spécialisées (DES). Cet enseignement progressif se déroule en deux modules. Le premier intègre des apports théoriques, en alternance avec des ateliers de mise en application, le second consiste en des ateliers filmés suivis de comptes rendus critiques. **Objectif :** Évaluer, chez les internes de première année, l'impact du premier module de formation de communication en termes de connaissances et de mise en application des outils ainsi que leur appréciation sur la formation reçue. **Méthodes :** Étude quantitative réalisée trois mois après la première session de formation. Les internes étaient invités à répondre à un questionnaire anonyme visant à évaluer leurs connaissances en matière de communication, leur capacité à les mettre en application en pratique hospitalière et leur évaluation du dispositif de formation. **Résultats :** Parmi 78 étudiants formés, 77 ont répondu à ce questionnaire. Plus de 75 % des étudiants se sont sentis en confort dans les exercices de simulation, ont observé des changements dans leur comportement communicationnel et pensent pouvoir intégrer ces outils dans leurs pratiques. **Conclusion :** À l'issue de cet enseignement, les internes sont demandeurs de ce type de formation dont ils disent observer les effets dans leur pratique.

Mots clés : simulations, jeux de rôles, communication, interne

Abstract. Background : The teaching of communication to medical students has long been neglected in France, in spite of its prominence in the qualifications specified by the university curriculum. The General Practice Department of the Faculty of Medicine at Paris Sud has implemented in 2014 a mandatory program on the three years curriculum medical of post-graduate specialized studies. This program includes theoretical courses and simulation exercises resting on role-playing. **Goal:** The aim of the study is to assess the impact of the therapeutic communication program on first-year students, assess the appropriateness of the program and report student assessment of teaching. **Methods:** This quantitative study was carried out three months after the first training session. Students in first year were asked to complete an anonymous questionnaire to assess their knowledge in therapeutic communication, their ability to the implementation in hospital practice and evaluation of this program. **Results:** Among the 78 students of first year 77 completed the survey. The mastery of theoretical knowledge in communication by students proved disappointing. However, three-quarter of the students felt comfortable in simulation exercises, noticed changes in their communication behavior at the end of this teaching, think they can incorporate these tools into their practices, and found this type of program helpful.

*Correspondance et offprints: Catherine Mercier, urgences pédiatriques, hôpital Antoine-Béclère, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92140 Clamart, France.
Mailto : catherine.mercier@aphp.fr.

Conclusion: At the end of the first of three teaching therapeutic communication sessions, important gaps in student knowledge remained. However, residents acknowledge a need and a willingness to take this type of training and apply the teachings in their future practice.

Keywords: simulation, role-playing, communication, general practice student

Introduction

La communication est un élément primordial de la relation médecin-patient. Elle contribue à la confiance du patient envers son médecin, à sa compréhension des problématiques de santé et à la bonne observance du traitement. Il est établi qu'une formation des médecins à la dimension relationnelle du soin a une influence sur leur comportement et améliore leur communication professionnelle [1,2].

Problématique

Les compétences et habiletés médicales à être empathique, à conseiller, à expliquer positivement, à rassurer, à encourager des changements de comportement, à prendre en compte les attentes et représentations des patients ont par ailleurs montré leur efficacité sur des critères cliniques objectifs par des essais comparatifs randomisés [3]. Les patients eux-mêmes sont conscients de l'importance d'une bonne communication avec leur médecin [4,5].

En France, la formation universitaire des étudiants de médecine à la communication et à la relation médecin-patient reste balbutiante. La première année de médecine ne contient pas de formation à la communication. Parmi les 362 items du programme du deuxième cycle des études médicales, dans sa version de 2013, un seul se rapporte à la relation médecin-malade [6]. Parmi les six compétences à acquérir au cours du troisième cycle, dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, celle intitulée « relation, communication, approche centrée sur le patient » est considérée comme une compétence-clé. Or, elle ne bénéficie pas d'un temps de formation spécifique dans la plupart des universités. Aussi, plus de 70 % des internes en médecine générale issus de ce cursus rapportaient que cet enseignement universitaire initial ne les préparait pas correctement à la relation médecin-patient [7].

Un certain nombre de travaux pointent les lacunes des professionnels de santé en matière de compétences communicationnelles et relationnelles : le médecin comprend souvent mal les raisons pour lesquelles un patient consulte [8,9], sous-estime son désir d'information [10] et accorde une attention insuffisante à son contexte de vie et à ses facteurs psychosociaux [11].

Dispositif de formation à la communication à la faculté de médecine Paris Sud

Interpellé par ces travaux et par le constat d'une insuffisance des enseignements à la communication au cours des études de médecine, le département de médecine

générale de la faculté de médecine Paris Sud a mis en place, depuis l'année universitaire 2014-2015, une formation à la communication. Celle-ci est obligatoire et se déroule en deux modules annuels organisés pour chacune des trois années du DES de médecine générale, soit six modules au total. La présente étude porte seulement sur le premier module.

Format du dispositif

Le premier module, réalisé lors du premier semestre, comporte un court enseignement théorique portant sur trois principes de communication que sont :

- la synchronisation à l'autre (regards mimiques, posture, gestuelle, voix, distance) ;
- la rétroaction (reformuler, respecter les silences, inciter à parler lors de silences attentistes, poser des questions ouvertes) ;
- l'identification des plaintes, demandes et attentes du patient.

Les composants de la communication non verbale et paraverbale et les premières bases de l'écoute active étaient exposées. Les compétences en communication développées par les étudiants lors du premier module visent l'appropriation de stratégies de communication permettant de procéder à une entrevue médicale de qualité [12].

Une mise en application immédiate de chaque principe exposé se fait sous forme de jeux de rôles de 15 minutes (durée proche de celle d'une consultation médicale) en groupe de trois participants. Une situation clinique est proposée par les enseignants, dans laquelle chaque étudiant joue successivement le rôle d'un médecin, d'un patient et d'un observateur. Chaque étudiant participait à trois ateliers (ou mises en situation) différents.

L'étudiant observateur dispose de grilles d'analyse du contenu de la communication. Un compte rendu critique est organisé à l'issue de chaque exercice d'abord entre les trois étudiants, puis pour chaque situation clinique en plénière entre les différents groupes et les enseignants. L'ensemble de ce premier module dure trois heures.

Formateurs

La formation est assurée par deux enseignants formateurs, eux-mêmes formés à la communication et titulaires d'un diplôme d'université de pédagogie médicale. Le support du cours, les grilles d'observation ont été remises aux étudiants *via* la plateforme française de e-learning et d'évaluation des compétences en ligne (Dokéos), afin de leur permettre de continuer à améliorer

leurs performances après l'enseignement. Cette formation est conforme aux recommandations émises en 2012 par la Haute autorité de santé (HAS) concernant la simulation en santé [13].

L'objectif de cette étude était d'évaluer :

- les connaissances des internes en matière de communication post formation ;
- la mise en pratique de ces connaissances dans leur cadre professionnel ;
- les facteurs limitant la mise en pratique de ces techniques ;
- le ressenti des internes vis-à-vis la formation.

Méthodes

Cette étude a été réalisée en février 2015, trois mois après la réalisation du premier module, chez les internes de première année du troisième cycle des études médicales (TCEM1) inscrits en DES de médecine générale à la faculté Paris Sud.

Un questionnaire anonyme, obligatoire, a été mis en ligne (Google Drive[®]) et comportait 31 questions. Ces questions appelaient soit des réponses simples, soit des réponses parmi des choix multiples (réponse correcte à cocher par l'étudiant), soit des commentaires libres. Les données ont été traitées avec le logiciel EXCEL[®].

Les questions ont été regroupées en quatre sections qui exploraient :

- les savoirs des internes en matière de communication : le savoir théorique (synchronisation à l'autre) et le savoir-faire (rétroaction, reformulation) ;
- une auto-évaluation sur une échelle de compétences ressentie ;
- la mise en application de ces acquis ;
- l'appréciation de la formation.

Pour catégoriser les données portant sur la mise en application des acquis, le cadre de Leboterf [14] a été utilisé. Dans cette perspective, trois facteurs vont déterminer la mise en application des acquis :

- le savoir-agir qui s'observe lorsqu'un individu est en mesure de combiner et mobiliser ses acquis pour intervenir ;
- le pouvoir-agir qui témoigne du contexte, de l'organisation du travail donné, des conditions sociales, etc., qui facilitent ou entravent la capacité de l'individu à mettre en application des acquis ;
- le vouloir-agir qui reflète la disposition de l'individu à mettre en application ses acquis.

L'analyse des données collectées a été faite de manière quantitative pour les réponses à cocher. Pour les réponses à choix multiples, explorant les connaissances acquises par les étudiants, ont été notées (de A à C) : A = toutes les réponses sont exactes ; B = une fausse réponse ; C = 2 réponses fausses ou plus.

Les commentaires libres ont été analysés par trois personnes de manière individuelle puis collective. Ils ont

ensuite été regroupés par thème permettant une analyse quantitative des données.

Résultats

Parmi les 78 étudiants qui ont participé à la formation, 77 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 99 %.

À l'issue de cette première formation, comme en témoigne le [tableau I](#), les étudiants ne maîtrisaient pas encore les termes de base de la communication. La majorité d'entre eux ne pouvait rendre compte correctement du « sens du message », des composantes du langage non verbal, de la signification des plaintes, demandes ou attentes du patient, de ses ressources et n'étaient pas capables de « reformuler » le propos des patients.

Exploration du savoir-agir et du vouloir-agir

En dépit de lacunes dans leurs connaissances, les internes utilisaient les outils de communication enseignés et ils se sentaient plus compétents. De fait, la majorité des étudiants (environ 75 %) disaient s'être sentis « en confort » ou « plutôt en confort » suite aux trois ateliers de simulation et pour 66 % d'entre eux avoir observé un changement dans leur relation au patient (voir [Tab. I](#)). Parmi les changements observés, plus de la moitié utilisaient le langage non verbal et se disaient prêts à s'engager davantage avec le patient (questions ouvertes, écoute et silences, vérification des attentes et plaintes du patient).

Exploration du pouvoir-agir

Bien que près de 75 % des étudiants estimaient que cette formation pouvait s'adapter à leur contexte d'exercice et que 91 % d'entre eux pensaient pouvoir appliquer les éléments appris, ils soulignaient le fait que l'application en milieu hospitalier était difficile ([Tab. I](#)). La [figure 1](#) montre les résultats de l'échelle de compétence, montrant les niveaux de compétence ressentie trois mois après la formation. Nous pouvons y constater que 78 % des étudiants estiment leur sentiment de compétence entre 6 et 8 sur l'échelle de 10.

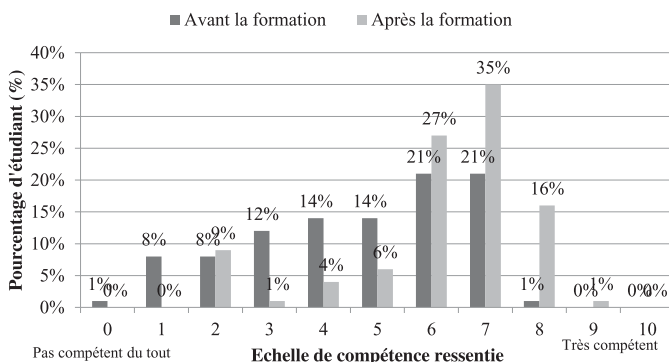
Évaluation du dispositif par les étudiants

Globalement, près de 87 % des étudiants se disaient « satisfaits » ou « plutôt satisfaits » par cette formation dans un domaine totalement nouveau pour eux. Ils souhaitaient poursuivre la formation pour 88 % d'entre eux (voir [Tab. II](#)).

Certains étudiants pensaient que la communication n'était pas applicable dans leur contexte hospitalier. Des modifications ont été introduites pour produire des simulations plus proches des consultations aux urgences par exemple.

Tableau I. Résultats des étudiants dans l'exploration des compétences, exprimés en nombre d'étudiants et en pourcentage.

Exploration des savoirs théoriques				
	Notes des étudiants			
	A : Pas d'erreurs	B : 1 erreur	C : Au moins 2 erreurs ou plus	
Être capable d'identifier le sens du message	5 (6 %)	7 (9 %)	65 (85 %)	
Être capable d'identifier le langage non verbal	8 (10 %)	17 (22 %)	52 (68 %)	
Être capable d'identifier des questions ouvertes	42 (54 %)	27 (35 %)	8 (11 %)	
Être capable de différencier la plainte, la demande ou l'attente	1 (1 %)	2 (3 %)	74 (96 %)	
Être capable de différencier les ressources du patient	3 (4 %)	11 (14 %)	63 (82 %)	
Exploration du savoir-faire				
Reformuler les plaintes, les attentes et les demandes des patients	14 (18 %)	7 (9 %)	55 (73 %)	
Exploration du savoir-agir en situations complexes				
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Changements observés depuis la formation ?	12 (16 %)	39 (50 %)	18 (22 %)	9 (12 %)
Exploration du savoir-être				
Quand vous avez travaillé en exercice de mise en situation, avez-vous trouvé cela plutôt confortable ou plutôt inconfortable ?	Confortable	Plutôt confortable	Plutôt inconfortable	Inconfortable
Atelier 1	17 (22 %)	41 (53 %)	16 (21 %)	3 (4 %)
Atelier 2	11 (14 %)	46 (60 %)	19 (25 %)	1 (1 %)
Atelier 3	13 (17 %)	46 (60 %)	17 (22 %)	1 (1 %)
Exploration du pouvoir				
	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
La formation adaptée à leur contexte d'exercice ?	20 (26 %)	41 (53 %)	15 (19 %)	1 (1 %)
Pensez-vous pouvoir mettre en application les éléments de cet apprentissage dans votre contexte d'exercice ?	32 (42 %)	38 (49 %)	5 (6 %)	2 (3 %)

**Fig. 1.** Échelle de compétence ressentie, en matière de communication, des étudiants AVANT et APRES la formation sur base de 0 à 10.

Enfin, ils étaient nombreux à vouloir plus de démonstrations par les superviseurs ou par des vidéos. Ces propositions, présentées sur la [figure 2](#), qui supposent un temps dédié à la communication plus important dans le parcours de formation, sont à l'étude (voir [Fig. 2](#)).

Les commentaires libres

Seulement 30 étudiants ont fourni des commentaires libres. Globalement, les thèmes principaux qui se dégagent de leurs commentaires soulignent que cette formation

permettait un apprentissage des bases de la communication et du savoir être, utiles à leur pratique (40%). Un pourcentage plus faible (17%) mentionnent que les éléments de communication apportés par le module 1 étaient applicables lors de l'exercice de la médecine générale et que le contenu des cas cliniques était adapté aux situations rencontrées dans leur contexte d'exercice (14%).

Discussion

Principaux résultats

Comme évoqué précédemment, la formation universitaire des étudiants de médecine à la communication et à la relation médecin-patient reste balbutiante en France, malgré l'importance qu'on lui attribue de nos jours. Le programme de formation présenté ici représente une initiative modeste pour pallier cette lacune. Les résultats de l'étude indiquent que les internes sont très sensibles à la communication et que, lorsqu'ils sont sensibilisés, ils s'engagent à mettre en application des savoir-faire qui leur sont impartis par les instructeurs. À l'issue de la formation, bien que les connaissances des étudiants soient améliorables, ils relatent des changements dans leur comportement relationnel. Par ailleurs, la méthode de notation ne reflétait pas l'étendue des apprentissages puisque les scores étaient calculés sur la base de la moyenne des réponses à plusieurs questions, certaines plus

Tableau II. Résultats des étudiants dans l'évaluation du dispositif, exprimés en nombres d'étudiants et en pourcentage.

Niveau de satisfaction des étudiants à l'issue de cette formation			
Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt non satisfaisante	Non satisfaisante
19 (25 %)	48 (62 %)	10 (13 %)	0 (0 %)
Utilité d'un cycle d'approfondissement en T2			
Utile	Plutôt utile	Plutôt inutile	Totalement inutile
38 (49 %)	9 (39 %)	9 (12 %)	0 (0 %)

difficiles que d'autres. Par exemple l'item « Être capable d'identifier les plaintes, les attentes et les demandes des patients » était évalué sur sept questions. Prises isolément, certaines réponses étaient excellentes.

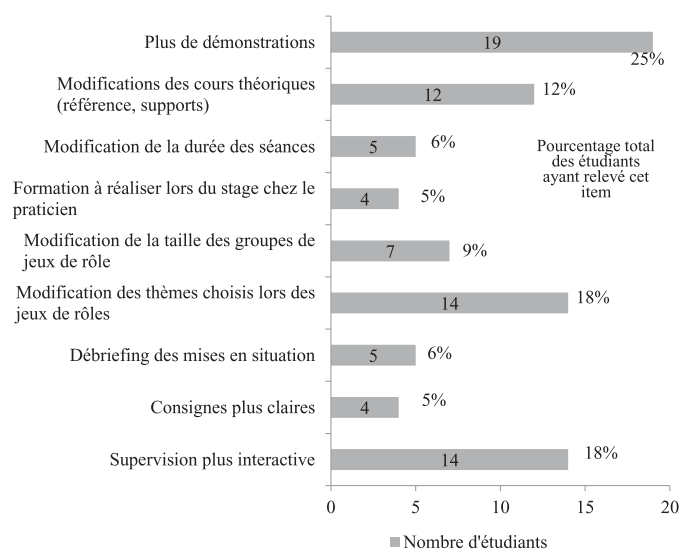
Enfin, il faut rappeler que cet enseignement de la communication est le premier atelier sur ce sujet proposé au cours de leur formation. Il n'est pas surprenant que l'appropriation du vocabulaire technique spécifique à cet apprentissage au cours d'une formation de trois heures mêlant cours théoriques et exercices de simulation, chez des sujets novices dans ce domaine, soit nettement améliorée dans le temps. D'autres formations d'approfondissement sont prévues au cours de leur cursus et la répétition des exercices devrait concourir à cette appropriation.

Cette formation initiale s'adresse à des internes de première année qui, dans la majorité des cas, choisissent le stage « Urgences » de leur maquette de DES. Ils ne travaillent pas encore dans un cabinet de médecine générale. Afin d'intégrer ces outils de communication au plus proche de leur pratique, des simulations aux urgences ou en milieu hospitalier pourraient être envisagées. Dans le même temps, les résultats posent aussi la question de la qualité de la communication en milieu hospitalier, un problème qui continue à faire l'objet de nombreuses recommandations.

Ainsi, cette formation à la communication, première d'une série de six dispensées sur trois ans, présente les bases de la communication. Les étudiants sont globalement satisfaits de cette formation et en demandent davantage. En soi, ces résultats (sur des questionnaires anonymes) pourraient être considérés comme encourageants. Comme recommandé par la HAS [13], les étudiants insistaient sur la nécessité d'un briefing plus complet (jeux de rôles bien expliqués, consignes plus claires), un débriefing avec les superviseurs des simulations plus explicites et un support de cours. Ces éléments ont été intégrés dans les formations depuis la réalisation de l'étude.

Par ailleurs, des améliorations du dispositif peuvent être envisagées, notamment sur les situations cliniques simulées, le débriefing et la remise d'un support pédagogique. Une étude comparative des compétences des étudiants en début et en fin de cursus serait intéressante pour évaluer l'acquisition des compétences sur l'ensemble du parcours de formation.

On peut noter aussi qu'un faible nombre d'étudiants ont exprimé, dans les commentaires libres, des réticences à une formalisation de l'apprentissage de la communication,

**Fig. 2.** Modifications à apporter à la formation selon les étudiants.

tant ils l'estimaient ancrée dans la pratique hospitalière : « la communication s'apprend au lit du malade ou en observant le comportement de ses maîtres hospitaliers ». Il est étonnant qu'en début de professionnalisation ces jeunes étudiants soient déjà ancrés dans des représentations, des habitudes engendrant si précocement une réticence au changement dans leur cursus.

Ces outils tendent à bouleverser l'entrevue « traditionnelle » avec le patient telle qu'elle est enseignée aux étudiants durant leur cursus initial, à pratiquer avec empathie, dans l'écoute de l'autre et à permettre une meilleure adhésion du patient à sa maladie et à ses conséquences thérapeutiques. Ces changements communicationnels peuvent toucher les affects des étudiants. Les émotions suscitées par ces changements de paradigme pourraient être expliquées aux étudiants en amont.

Limites de cette étude

Les résultats présentés ne concernent que la première session d'une formation de deux sessions annuelles pendant trois ans. Des études à la fin de la formation seront nécessaires à l'évaluation du cycle complet.

Par ailleurs, on peut se poser la question de la validité d'une évaluation de la formation par des étudiants. Une étude publiée en 2015 [15] rappelle que le ressenti des

étudiants peut être biaisé par des facteurs confondants tels que les méthodes pédagogiques des enseignants, les horaires tardifs (dont se plaignent certains étudiants dans cette étude), les locaux, etc.

Le taux important de participation à l'étude résulte de l'obligation faite aux étudiants de répondre au questionnaire. Ceci pourrait aussi biaiser les résultats dans la mesure où les étudiants savaient que les responsables du programme allaient en prendre connaissance, et ce malgré le caractère anonyme des commentaires libres.

Conclusion

Alors qu'ils sont peu sensibilisés durant leurs études et leurs stages à la communication, cette formation, qui permet aux internes de se familiariser davantage avec les notions et de les mettre en pratique, aura sans doute le mérite de susciter davantage la curiosité, et probablement la volonté, de développer cette compétence indispensable à l'exercice médical.

Contributions

Catherine Mercier a analysé les données et rédigé l'article. Pascale Arnould et François Rainieri ont effectué le recueil des données, et participé à l'écriture et à la relecture de l'article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Liens d'intérêts

Aucun auteur ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Références

1. 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.
2. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Cherpaitis AE. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA* 2003;290:1157-65.
3. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med* 2006;35:967-73
4. Dedienne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? *Rev Prat Med Gen* 2003;17:653-6.
5. Klein S, Moronvalle L. La communication et la relation médecin-patient : critères de satisfaction des patients au cours d'une consultation de médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine. Tours: Université de Tours, 2004.
6. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. *Bulletin Officiel* 16 mai 2013; no 20 [On-line]. Disponible sur : http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1.
7. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain J-C. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine* 2011;7:381-5.
8. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283-7.
9. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med* 2005;20:267-70.
10. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984;252:2441.
11. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scand J Prim Health Care* 1992;10:163-9.
12. Lussier M-T., Richard C. Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles. In: *La communication professionnelle en santé*, Richard C, Lussier M-T, Editors. Montréal (QC): ERPI Editions du Nouveau Pédagogique 2005, pp. 165-90.
13. Granry JC, Moll MC. Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé, 2012.
14. Le Boterf G. De quel concept de compétence avons-nous besoin ? *Soins cadres* 2002;11:1-3.
15. Boring A. Les étudiants peuvent-ils objectivement évaluer la qualité d'un enseignement ? Paris: Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE) le blog, 2015 [On-line]. Disponible sur : <http://www.ofce.sciences-po.fr/blog/les-etudiants-peuvent-ils-objectivement-evaluer-la-qualite-dun-enseignement/>.

Citation de l'article : Mercier C., Arnould P., Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. *Pédagogie Médicale* 2019;20:101-106