

Formation à la relation médecin-malade dans le cadre d'une pathologie chronique. Un dispositif original basé sur l'intervention d'une psychologue clinicienne et d'un professeur de communication

A workshop to improve the physician/patient relationship in the management of a chronic disease. An innovative learning approach based on involvement of a clinical psychologist and a communication teacher

Sylvie CHAMBELLAN¹, Thierry WABLE², Pierre FREGER², Benoit VEBER², et Olivier VITTECOQ^{1,2,*}

¹ Service de Rhumatologie, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, 1 rue de Germont, Rouen, France

² Unité de formation et recherche Santé, Université de Rouen, 22 boulevard Gambetta, Rouen, France

Manuscrit reçu le 6 décembre 2017 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 27 novembre 2018 et le 5 octobre 2020 accepté pour publication le 12 octobre 2020

Résumé- Contexte et problématique : À l'ère de la médecine basée sur les preuves, les critères d'évaluation utilisés par les médecins tendent à s'écarter des attentes des patients atteints de pathologies chroniques dont la douleur est difficile à estimer. La relation médecin-malade s'en trouve altérée du fait d'un manque de formation dans la gestion de situations complexes par les médecins mais également du fait de l'utilisation de critères d'évaluation parfois inadaptés. Ces situations, comme celle que représente l'annonce d'un diagnostic ou de la prise en charge de la douleur, sont difficiles à appréhender sans formation préalable adaptée. **Objectif :** Rapporter l'expérience du service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen relative à l'implantation d'ateliers de formation à la relation médecin-patient pour les stagiaires du second cycle des études médicales. Exposer notamment les démarches didactique et pédagogique suivies par les promoteurs et en documenter certains impacts. **Méthodes :** Les ateliers sont organisés en petits groupes, animés par une psychologue clinicienne et un professeur de communication, encadrés par un médecin. Lors de cette séance qui dure deux heures, les deux animateurs, qui jouent le rôle de médiateur, offrent un espace de parole permettant aux étudiants de s'exprimer autour de leur relation au patient et éclairent les problématiques soulevées par l'apport d'éléments théoriques dans les champs de la psychologie et de la communication. Ces ateliers comprennent deux temps : l'un basé sur l'apprentissage en situation (en lien direct avec les patients pris en charge), l'autre consistant en la mise en application par des jeux de rôle. **Résultats :** L'enquête d'évaluation menée auprès des stagiaires a permis de documenter des résultats très encourageants pour cette nouvelle forme d'apprentissage qui s'inscrit en complément de l'enseignement académique. **Conclusion :** Les ateliers apportent aux étudiants une expérience d'apprentissage complémentaire par rapport aux autres activités organisées sous l'égide des soignants lors du stage, en mettant l'accent sur les différentes dimensions de la relation médecin-patient, en lien avec les champs de la psychologie et de la communication.

Mots clés : Psychologie clinique, communication, atelier pédagogique, maladie chronique, annonce du diagnostic, groupe de parole, rhumatologie

Abstract. Context and issues: In the era of evidence-based medicine, the evaluation criteria used by physicians tend to deviate from the expectations of patients with chronic pathologies whose pain is difficult to estimate. The doctor-patient relationship is altered as a result of a lack of training in the management of complex situations by doctors, but also because of the use of evaluation criteria that are sometimes unsuitable. These situations, such as the announcement of a diagnosis or the management of pain, are difficult to apprehend without appropriate prior training. **Objective:** To report on the experience of the rheumatology department of

*Correspondance et offprints : Olivier VITTECOQ, Service de rhumatologie, CHU de Rouen, 76031 Rouen cedex. Mailto : vittecoq.olivier@wanadoo.fr.

the University Hospital Center (CHU) of Rouen concerning the implementation of training workshops on the doctor-patient relationship for trainees in pregraduate medical studies. To present the didactic and pedagogical approaches followed by the promoters and document some of their impacts. **Methods:** The workshops are organized in small groups, led by a clinical psychologist and a communication teacher, supervised by a doctor. During this two-hour session, the two facilitators, who play the role of mediators, provide a space for the students to express themselves about their relationship with the patient and shed light on the issues raised by the contribution of theoretical elements in the fields of psychology and communication. These workshops consist of two parts: one based on learning in situation (in direct link with the patients under care), the other consisting of application through role-playing. **Results:** The evaluation survey conducted among the trainees documented very encouraging results for this new form of learning that complements academic teaching. **Conclusion:** The workshops provide students with a complementary learning experience to the other activities organized by clinicians during the clerkship, focusing on the different dimensions of the doctor-patient relationship, in connection with the fields of psychology and communication.

Keywords: Clinical psychology, communication, educational workshop, chronic disease, announcement of the diagnosis, speaking group, rheumatology

Introduction

Le service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen a mis sur pied un atelier de formation à la relation médecin-patient pour les stagiaires du second cycle des études médicales. Cette expérience est menée depuis le mois de juin 2014, sous la direction de deux des auteurs, respectivement psychologue clinicienne (SC), exerçant dans le service de rhumatologie et au centre d'évaluation et de traitement de la douleur CETD), et professeur de communication (TW) à la Faculté de médecine de Rouen.

C'est de cette expérience humaine du quotidien de médecin, qu'est née pour le responsable du service de rhumatologie du CHU de Rouen (OV), la nécessité de transmettre aux étudiants ce « savoir-faire » mais surtout ce « savoir être » à l'écoute des patients, peu enseigné sinon au travers de modèles de rôles souvent peu explicites, mais si important dans l'exercice de la spécialité et pour le bien des patients.

Cette tâche a été proposée dans un premier temps à la psychologue clinicienne du service il y a 10 ans. Cette décision était justifiée par le fait que celle-ci avait d'une part, des compétences « transversales » en sciences humaines et, d'autre part, une expérience spécifique à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques de l'appareil locomoteur, notamment au travers des diagnostics d'annonce et de co-animation d'ateliers d'éducation thérapeutique, au cours desquels la relation soignant/patient est au premier plan. Ainsi, une séance de cours/échange d'une heure et demie a été mise en place pour les étudiants en médecine à chaque stage dans le service de rhumatologie depuis 2010.

L'objectif de ces séances était d'une part, de favoriser l'expression des étudiants autour de questionnements, de situations particulières vécues dans le service (par exemple, annonce) et, d'autre part, d'éclairer ces situations en donnant des repères théoriques pour mieux comprendre la dimension psychique du patient, du médecin et/ou des soignants et de la relation patient-médecin (mécanismes de défense par exemple).

Contexte

Les innovations pédagogiques en enseignement de la relation médecin-patient sont nombreuses avec notamment l'avènement des apprentissages par simulation. Dans le même temps, l'évolution de la médecine reposant de plus en plus sur des données médicales probantes, confrontée à la croissance constante du nombre des prises en charge des maladies chroniques, a conduit entre autres à la construction d'échelles ou de scores, dont l'usage (surtout médical) a pour but d'objectiver la maladie, de « standardiser » les prises en charge, voire pour certains de structurer des consultations « type » [1].

L'usage de ces échelles en pratique clinique de rhumatologie montre que, bien que prenant en compte des critères relatifs aux patients, elles ne reflètent le plus souvent que très partiellement le ressenti des patients, comme nous l'expérimentons souvent en consultation. Plusieurs études ont ainsi mis en exergue une discordance entre les outils utilisés par le praticien et les critères retenus par les patients pour évaluer l'activité de la maladie, la rémission ou les poussées dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde. À titre d'exemple, dans l'étude STRASS (*Spacing of TNF-blocker injections in Rheumatoid Arthritis Study*) portant sur l'allègement progressif du traitement de fond, la concordance entre les définitions de la poussée selon le patient et le praticien n'est que partielle. Ceci est dû au fait que le praticien se focalise avant tout sur des critères objectifs (gonflement articulaire, décalage des paramètres de l'inflammation) alors que le patient prend en compte, outre les symptômes articulaires, des paramètres évaluant la douleur, la fatigue, la santé mentale [2]. En outre, dans d'autres cohortes, l'activité du rhumatisme évaluée par le malade n'est pas en adéquation avec celle du médecin [3]. Ces discordances ont conduit certaines sociétés savantes telles que l'*Outcome Measures in Rheumatology* (OMERACT) à intégrer à la fois des critères exprimant le point de vue des patients et des indicateurs objectifs dans la définition de plusieurs paramètres (poussée de la maladie...), ce qui est primordial dans le cadre de la décision médicale partagée.

L'avènement de l'ère du numérique, avec notamment le développement de l'imagerie médicale de plus en plus performante, renforce le fait que l'objet de la médecine d'aujourd'hui semble être d'abord le corps bio-anatomique [4]. Pour les patients, les représentations de leur corps malade recouvrent une autre réalité, en décalage total avec cette imagerie [5] et, plus généralement, avec la démarche d'objectivation et de mesure. Quelle place reste-t-il, dès lors, pour le corps subjectivé, le corps vécu, le corps en relation ?

Pourtant, cette médecine, dans laquelle la technique occupe une place essentielle, semble prendre conscience que replacer le vécu subjectif et les attentes des patients chroniques au cœur de la prise en charge serait un enjeu nécessaire, voire incontournable, dans la dynamique thérapeutique. Alors que la médecine est passée de l'art à la science (voire à la technoscience), Folscheid rappelle que « *la médecine est essentiellement une opération de médiation ; la véritable médecine est finalement médecine de la personne et non médecine de la santé, c'est pourquoi la médecine n'est vraiment médecine qu'en visant d'abord la personne afin de pouvoir réellement s'occuper de sa santé en tant que santé de quelqu'un* ». [6]

C'est dans cet écart existant entre représentations d'un corps de plus en plus objectivé et celles d'un corps vécu, ressenti, que se construit et se vit la relation patient-médecin dès la première rencontre et tout au long de la prise en charge.

Bien que la relation médecin-patient ne se limite évidemment pas aux aspects communicationnels ou psychologiques, cette expérience singulière a suscité l'intérêt de deux étudiants en 2014. L'espace de parole proposé « sur le terrain » a fait émerger l'idée que de telles séances pourraient se réaliser dans d'autres services hospitaliers et les a motivé à écrire un projet qu'ils ont soumis au doyen de la faculté. L'écho favorable qu'a reçu cette demande semble témoigner de la prise de conscience de la communauté médicale d'un besoin d'accorder une place non négligeable à la relation patient-médecin dans l'enseignement actuel et à venir de la médecine.

Au-delà du programme de communication déjà existant, un professeur de communication est venu compléter et enrichir l'approche psychologique fondamentale de ces ateliers. Les étudiants voulaient par là-même améliorer leur compréhension des patients, acquérir des outils qui leur permettraient d'affiner leur interprétation des situations vécues. Ils souhaitaient également être sensibilisés aux fonctionnements psychologiques à l'œuvre dans ces situations, afin d'aiguiser leur regard critique et améliorer leur pratique de la communication, pour le stage en question, pour la place qu'ils occuperont ensuite, mais également pour les examens clinique objectifs structurés (ECOS), axés sur la simulation et organisés en fin de deuxième cycle. Là encore, le rôle du professeur de communication était non seulement de favoriser la construction de compétences « génériques », mais aussi certaines spécificités liées à la communication en médecine, puisqu'il est enseignant à la faculté de médecine dans le cadre d'ateliers de communication destinés aux

étudiants de deuxième et troisième années du diplôme de formation générale en sciences médicales (deuxième et troisième années des études médicales en France) et qu'il a participé à certaines consultations de rhumatologie, ce qui lui a permis de mieux appréhender les facettes d'une pathologie chronique rhumatismale et de construire des scénarios pour les jeux de rôle, basés sur cette expérience clinique et validés par un rhumatologue.

Problématique

La relation patient-médecin dans la maladie chronique revêt des caractéristiques particulières parce qu'elle s'inscrit dans la durée. Liée à la théorie de l'action telle que la conçoit Parsons [7], cette relation est aujourd'hui centrée soit sur le patient-partenaire, soit sur le sujet social qui s'oriente en fonction des valeurs qu'il a lui-même choisies. Elle peut être examinée sous l'angle de l'interaction formée par ce couple médecin-patient, dans une approche situationnelle [8], l'un « agissant » sur l'autre et réciproquement, afin d'analyser avec les étudiants les ressorts de cette relation.

Comme l'écrit Richard, « *il est maintenant admis que la maîtrise de la compétence de communication professionnelle en médecine doit reposer sur des assises scientifiques reconnues dans les domaines de la communication et de la pédagogie* » [9,10]. Or l'apprentissage de cette compétence se fait le plus souvent par les étudiants sur les terrains de stage, sans qu'ils aient toujours l'expérience et le recul nécessaires pour analyser les situations auxquelles ils sont confrontés. En effet, les internes comme les étudiants « *sont souvent conditionnés à tout savoir et peu encouragés à reconnaître leurs difficultés de communication et à rechercher l'aide pour les résoudre* » [11]. En rhumatologie, de nombreuses situations nécessitent que cette compétence soit éclairée par un double regard. En effet, les situations cliniques devraient être explicitées aux stagiaires par leurs pairs. Pourtant, faire toute la lumière sur certaines situations cliniques demande beaucoup de temps et ne peut se faire en présence du patient. Les stagiaires restent donc parfois sans explication précise de ce qui s'est joué sous leurs yeux. Ces ateliers tentent alors de pallier ce manque et de faire des liens avec ce qui est appris sur le terrain de stage. Dans ce sens, il était également très important de sensibiliser les stagiaires à la problématique des patients porteurs de maladies chroniques inflammatoires, qui est souvent complexe. Si les maladies aiguës représentent une rupture temporaire avec le mode de vie, les maladies chroniques signifient une perte définitive de la condition antérieure, nécessitant une prise en charge globale, continue et multidimensionnelle [12]. Sensibiliser les stagiaires à la nécessité d'avoir une vision élargie des besoins du patient, de ses interactions avec ses milieux et leurs impacts sur l'état de santé, et de prendre en compte ses vécus subjectifs nous est apparu comme une démarche centrale pour comprendre, d'une part, les situations évoquées et, d'autre part, l'intérêt d'une prise en charge intégrant les différents professionnels qui interviennent auprès des patients.

Objectifs

Cet article rapporte l'expérience du service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen relative à l'implantation d'un atelier de formation à la relation médecin-patient pour les stagiaires du second cycle des études médicales. Il expose notamment les démarches didactique et pédagogique suivies par les promoteurs et en documente certains impacts.

Méthodes : description du dispositif

Principes directeurs

Choix didactique : des séances à deux voix dans le cadre de la formation des stagiaires dans le service de rhumatologie

Les questions soulevées dans cette partie relèvent, dans un premier temps, de la pratique de soin proprement dite et, dans un second temps, du questionnement sur le dispositif pédagogique que nous avons initié.

L'étude des questions posées par cet enseignement nouveau, à deux voix, à partir d'expériences vécues par le stagiaire, était singulière. De fait, l'acquisition des connaissances résultait davantage du groupe et de ce que les individualités avaient pu vivre ou de ce qu'elles voulaient bien faire part au groupe. Nous nous sommes donc d'abord posé la question du fonctionnement du groupe et des savoirs savants à mobiliser avant d'aborder les problèmes d'enseignement à travers cette nouvelle forme pédagogique.

À la complexité et à la singularité de la spécialité qu'est la rhumatologie, s'ajoute la confrontation aux situations réelles du quotidien, face auxquelles l'apprenant doit immédiatement être opérationnel sans avoir toujours le temps de les appréhender en termes de connaissances à acquérir. La phase d'analyse des situations qui lui est proposée est en relation étroite avec cette question du rapport au savoir et de la valeur opératoire de ce savoir. Quel langage utiliser avec tel patient ? Quel savoir-faire intégrer à ces pratiques ? Quelles connaissances ont aidé ou ont manqué pour pouvoir construire efficacement ces savoir-faire ? Quel savoir-être aurait-il été efficient dans telle ou telle situation ? Les questions étaient nombreuses... Les apprentissages en situation sont multiples et peuvent s'ancrer sur nombre de situations totalement différentes, puisqu'en relation directe avec les patients pris en charge dans les unités au moment de cet échange mais également avec les problèmes rencontrés par le stagiaire par rapport à ses propres savoirs, savoir-faire et savoir-être.

En nous appuyant sur les travaux de Millette [11], nous avons voulu travailler sur une contextualisation des connaissances à construire pour favoriser leur utilisation ultérieure par les stagiaires. En effet, nous sommes convaincus que « *l'apprentissage des habiletés de communication exige l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir-être spécifiques et complexes* » [11]. Ce constat nécessite de nouvelles formes d'enseignement et d'apprentissage qui s'adaptent à cette réalité complexe.

Ainsi, se pose la question de savoir quelle devait être la nature des connaissances à enseigner ? La question est vaste et le temps de mise en commun limité. Le rôle central des contenus disciplinaires en œuvre dans chaque situation du service de rhumatologie rendait plus ardue la réponse à cette question. Trancher en amont aurait rendu cet espace de parole similaire à un cours en contexte où l'exposé et le discours du stagiaire n'auraient été que prétexte au développement de connaissances préétablies. Il a été déterminé que, dans un premier temps, les stagiaires aborderaient les thèmes et situations qu'ils souhaitaient et que, dans un deuxième temps, une mise en situation leur serait proposée pour approfondir, illustrer ou aborder pour tous la question de l'annonce du diagnostic qui fait dans le service l'objet d'une autre réflexion.

Les animateurs de ces séances ne se positionnent jamais en experts, c'est-à-dire ceux qui détiennent les réponses. Leur rôle consiste à aider les participants à poser leur question, à présenter les situations et à construire des réponses possibles en tentant d'impliquer les participants. Le psychologue et le professeur de communication jouent ainsi le rôle de médiateur entre le stagiaire et le savoir de la spécialité, la rhumatologie.

Choix du dispositif pédagogique et problèmes terminologiques associés

Une difficulté concerne la dénomination de ce type d'échanges. Nous annonçons clairement au début de chaque séance qu'il ne s'agit pas d'un cours, du moins au sens traditionnel du terme, à savoir celui d'exposé transmissif. En effet, les « animateurs » ne se posent nullement en qualité d'enseignant détenteur d'un savoir prescriptif mais ils organisent la séance, gèrent les tours de parole, interrogent, guident, suscitent les interrogations, relancent la parole, décident de passer à une autre situation ou de proposer un jeu de rôle d'exploration, selon la terminologie de Girard, qui vise une habileté abordée pendant l'atelier [13,14].

Nous qualifions ces séances d'ateliers de formation à la relation médecin-patient, basés sur l'analyse de situations en contexte afin d'explicitier, avec les stagiaires, des situations qui leur ont posé problème ou sur lesquelles ils se sont interrogés. Il s'agit précisément d'éclairer et d'expliquer ces situations au regard de la relation médecin-malade. L'innovation réside dans la co-construction du sens que le stagiaire retire de la situation qu'il a vécue. Cette co-construction du sens s'effectue en effet à partir de ce que tous les acteurs de l'atelier peuvent apporter comme éclairage sur la situation rapportée. Les activités d'apprentissage attendues des étudiants sont donc directement liées à la relation médecin-malade dans le cadre de cette spécialité (la rhumatologie). Les interventions d'enseignement des professeurs résident dans l'articulation de ces regards croisés sur la situation proposée, la mobilisation des savoirs qui permettent de l'éclairer, dans le but de favoriser la construction des compétences qui permettraient une meilleure compréhension de la situation évoquée.

L'analyse des pratiques en tant que démarche de formation des individus fait sans conteste référence à l'action menée par le psychanalyste anglais Michael Balint dans le travail qu'il mena avec les médecins et l'analyse de leurs pratiques relationnelles [15]. Contrairement à lui, nous ne convoquons pas directement les notions de transfert et de contre-transfert pour montrer ce qui est en jeu dans les relations des stagiaires avec les patients. Il s'agit davantage de susciter ce qui est appelé pratique réflexive [16], en travaillant à partir d'une réflexion commune sur les actions et paroles des stagiaires, donc leurs interactions avec les patients, à partir de ce qu'ils observent des soignants en poste. C'est cette réflexion sur ces observations et interactions qui va façonner le savoir de chacun en ce qu'il veut devenir. Il n'y a pas une seule bonne façon d'être ou de dire mais chaque participant crée sa propre façon d'être et de dire. Ce savoir devient un complément des enseignements académiques et savoirs intentionnels.

En pédagogie, nous savons à quel point la structure d'un dispositif est importante. Les activités doivent être variées au sein d'une séance. C'est pourquoi plusieurs temps se succèdent : un temps pour le récit, un autre pour l'analyse de la situation, un temps de réflexion commun et un temps sur le lien entre théorie et pratique. Enfin, le temps du jeu de rôle d'exploration permet en quelque sorte de mettre en application ce qui a été dit.

La forme de l'atelier doit être assez souple pour axer la discussion sur un sujet d'actualité qui touche le service du point de vue de la relation au patient si l'occasion se présente. Il convient d'aborder autant que possible des sujets qui reflètent la préoccupation personnelle des stagiaires et leur rapport au patient.

En rupture significative avec le « triangle pédagogique » de Houssaye [17,18], qui représentait de façon relativement cloisonnée, voire séquentielle, les axes d'interaction entre les trois différents pôles (axe didactique entre le professeurs et les savoirs ; axe d'enseignement entre le professeur et les étudiants ; axe d'apprentissage entre les étudiants et les savoirs), la situation pédagogique visée au cours des ateliers place l'étudiant au centre de la relation et c'est lui qui va construire le savoir à partir de ce qu'il a observé, qu'il rapporte et qui va servir de base à l'analyse de tous les participants. En clair, il n'existe pas une seule bonne façon de faire, de dire et d'être face à un patient donné. Ces façons (de faire, de dire, être) sont le résultat de ce que l'étudiant construira comme ressources à partir des éléments qui lui seront donnés ou que lui-même pourra formuler, dans une démarche d'apprentissage privilégiant le sens de la situation. Le professeur n'étant plus celui qui sait (mais plutôt celui qui conseille) les savoirs peuvent être adaptés à une situation précise, ce qui lui donne sa valeur et son sens en contexte.

Objectifs de l'atelier

La réflexion que nous avons menée en amont sur la didactique fait émerger des savoirs savants à transmettre, sur la psychologie et la communication. Ce sont ceux-là

même que les étudiants attendent effectivement et qui nous ont conduits à définir quatre objectifs pédagogiques : (1) offrir un espace de parole qui permette aux étudiants de s'exprimer autour de la/leur relation au patient ; (2) éclairer les problématiques soulevées à travers la parole du stagiaire, par l'apport d'éléments théoriques dans les champs psychologique et de la communication [19] ; (3) expliciter les spécificités de la prise en charge des maladies chroniques en fonction des cas que les stagiaires feraient émerger dans les échanges ; enfin (3) expérimenter, par des mises en situation, les apports de la séance pour approfondir la discussion, revenir ou préciser des données partagées.

Modalités opérationnelles de l'atelier

Constitution du groupe, fréquence, durée

Le nombre de participants peut varier entre quatre et une vingtaine de stagiaires, selon les séances, autour d'une moyenne de 12 étudiants. Ils sont issus des promotions de deuxième et troisième années du diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM2 et 3) et des première, deuxième et troisième années du diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM1, 2 et 3). Les participants invités par la psychologue sont essentiellement des étudiants de médecine en stage dans le service de rhumatologie ou du Centre d'études et de traitement de la douleur (CETD) mais il arrive parfois que des étudiants de pharmacie (en stage dans le service de rhumatologie) se joignent au groupe. La durée est de deux heures. Le nombre de séances est de six par an.

Organisation matérielle

La séance est proposée en milieu de stage, afin que les étudiants se soient suffisamment imprégnés des singularités du service pour avoir des éléments spécifiques à discuter, des situations à proposer, à raconter, à soumettre à l'analyse de tous. La salle utilisée est une pièce du service de rhumatologie avec une disposition en table ronde, pour susciter la prise de parole.

Déroulement d'une séance type

Chaque session débute par quelques informations et par le rappel de quelques règles : genèse du dispositif, règle de confidentialité des séances, absence d'évaluation sommative.

L'un des formateurs invite à la parole sous la forme : « *Quelqu'un aurait-il envie de commencer en exposant quelque chose qu'il a vu ou entendu, qui l'a surpris dans le service du point de vue de la relation médecin/patient ou de sa propre relation au patient?* ».

Si cette première prise de parole s'avère difficile, une situation est suggérée par l'un des enseignants. L'échange entre les participants est exploité pour partager différents éclairages et fournir des pistes de réflexion afin de maintenir et creuser la question sous l'éclairage de la psychologie et de la communication [20]. L'un des fils conducteurs est

Encadré 1

Un exemple représentatif des thèmes abordés au cours d'une séance

1. Echange réflexif à partir des récits des étudiants

Un étudiant fait part de son étonnement quant au fait que l'initiative de telles séances ait pu naître dans le service de rhumatologie. Il argumente : « *on voit tellement d'autres choses pires ailleurs..* ». Il précise : « *des choses bien plus graves dans d'autres services comme les urgences, la réanimation où le pronostic vital est en jeu* ».

Nous demandons aux autres ce qu'ils en pensent...

Une étudiante arrive en retard, s'excuse...

Nous reformulons ce qui vient d'être dit afin qu'elle puisse reprendre le cours de la séance. Spontanément, elle verbalise un avis différent : « *Moi ça ne m'étonne pas, c'est difficile la douleur...* ».

D'autres évoquent le fait qu'ils trouvent que les patients se plaignent beaucoup en rhumatologie, font part de leur embarras face à cette souffrance, voire leur impuissance « *Quand on a essayé tous les médicaments...* ». Quoi dire ? Quoi faire ?

Un autre stagiaire, qui assiste aux consultations d'un senior, réagit en faisant part de son ressenti, notamment du fait qu'il est très impressionné des conséquences psychosociales des rhumatismes inflammatoires et du vécu des patients concernés (douleur, handicap fonctionnel, « *ça ne guérit pas* »). Une discussion autour de la notion de « gravité » de la maladie s'instaure. De quelle gravité parle-t-on ? Quel sens pour le médecin ? Pour le patient ? S'invite dans le débat la chronicité de la maladie, de la douleur.

L'étudiant qui a fait part de son étonnement au début de la séance, rebondit sur cette question en relatant une situation de consultation à laquelle il a assisté. Devant l'insistance du patient à demander au médecin « *d'où pouvaient bien venir ses douleurs* » alors que les examens ne montraient rien de particulier, il relate en souriant la réaction du médecin : « *Il a été pris au piège ; il a proposé tel examen tout en sachant que ça ne donnerait rien et a dit qu'on referait le point dans trois mois ! Dans trois mois ça sera la même chose !..* »

Nous essayons ensemble d'analyser cette situation : Que se passe-t-il pour le médecin ? Pourquoi cette proposition supposée sans issue ? Que se passe-t-il pour le patient (colère) ? Quels mécanismes psychiques sont à l'œuvre ? Comment auriez-vous fait dans cette situation ?

Thèmes abordés : la question du déni, comment faire avec ? Les mécanismes de défense contre l'angoisse, la gestion de la chronicité en consultation, etc.

2. Jeu de rôle d'exploration

– Consignes données au « médecin » :

« *Vous êtes en consultation dans le service de rhumatologie et vous recevez un jeune patient adressé par son médecin traitant. Vous avez examiné le patient et rapidement les signes cliniques vous mettent sur la piste d'un rhumatisme psoriasique. Il vous faut l'annoncer au patient ainsi que les répercussions probables sur l'activité professionnelle* ».

– Consignes données au « patient » :

« *Vous êtes un patient de 25 ans restaurateur/sculpteur sur statues et peintures anciennes. Vous travaillez seul et vous vendez vos services à de grands musées, galeries d'art.* »

Suggestions de réactions à ou après l'annonce : état de choc (patient muet) puis déni (« *Ça n'est pas possible* », « *Il y a bien un traitement efficace.* »), puis questionnement (« *Qu'est-ce que je vais devenir ?* », « *Je vais guérir ?* »).

Thème abordés : la douleur chronique, la notion de gravité, les processus de défense des patients et des soignants, le handicap fonctionnel, la gestion de certains profils de patients (bavard, coléreux...).

constitué par le questionnement sur ce qui a causé le dysfonctionnement ou ce qui a permis de l'éviter ou d'y mettre fin ?

Un jeu de rôle d'exploration, c'est-à-dire une mise en situation d'étudiants volontaires à partir d'un scénario préalablement construit, complète habituellement la séance. Un étudiant volontaire endosse le rôle du patient, un autre celui du médecin. Des consignes, sont fournis individuellement à chacun des deux étudiants :

Un exemple représentatif des thèmes abordés au cours d'une séance est présenté dans l'[encadré 1](#).

Résultats

Des problématiques récurrentes abordées

À ce stade des ateliers, nous distinguons trois types de thématiques récurrentes :

- les problématiques fréquemment rencontrées en rhumatologie comme : la prise en charge de la douleur qui est au premier plan, la chronicité des maladies rhumatismales, la temporalité psychique des patients qui demandent à être soulagés immédiatement, l'oncorhumatologie, la gestion du « savoir embarrassant » jusqu'à l'annonce du diagnostic ;
- les problématiques plus transversales : les situations d'annonce, la gestion des différentes étapes du processus de deuil (dénier notamment), les questions embarrassantes des patients (soins palliatifs, question de la mort, demande de dire la « vérité »), la patient bavard ou agressif... ;
- les problématiques liées au statut de stagiaire : positionnement par rapport au patient et les « pièges » de la relation, positionnement institutionnel (relation avec l'interne qui demande parfois de faire « des choses » seul par exemple).

Quelques obstacles à la parole identifiés

En matière de communication, il est admis que l'information circule très rarement sans « obstacle ». Le concept « d'obstacle » se manifeste sur une échelle allant de la simple déviance du sens, à l'ambiguïté concernant un élément du message mais qui ne remet pas en question la compréhension de l'ensemble du message, à la rupture totale de la communication, voire à l'absence de prise de parole, en passant par des incompréhensions partielles ou totales du message. Lors de nos séances, nous avons observé deux types d'obstacles : l'absence de prise de parole (certains étudiants restent muets) et la résistance de certains étudiants à l'évocation de cas cliniques.

Nous avons tenté de lister, à partir des retours des étudiants, les éléments qui font obstacle à la prise de parole. Ceux-ci se répartissent en deux registres.

Le premier fait référence à des peurs ou des appréhensions, liées notamment : au niveau différent d'études médicales des étudiants (même si certains étudiants rapportent qu'une telle situation peut aussi s'avérer être une ressource, les plus « jeunes » apprenant beaucoup de leurs aînés et les plus avancés pouvant en retour bénéficier du regard encore neuf de leurs collègues) ; à la peur de prendre la parole en public ; à la peur d'être en échec, s'il y a des questions d'ordre médical par exemple ; à la peur d'être jugé ; à la peur de raconter quelque chose que l'on pense avoir mal géré ; à la peur de rapporter quelque chose sur un interne ou un médecin ; à la peur que ce qui est dit soit rapporté : la confiance ne se décrète pas et il faut souvent du temps

Le second concerne tout discours rapporté et s'étend aux actes. Les obstacles sont alors liés à la crainte de ne pas toujours être fidèle lorsque l'on veut restituer une situation dont on a été le témoin ou l'acteur, qui est cependant compensée par le fait que plusieurs personnes aient pu

vivre une même séquence décrite, ce qui permet de confronter les points de vue et les perceptions différentes d'une même situation (subjectivité des stagiaires).

Des retours positifs des étudiants documentés

Un questionnaire d'évaluation a été systématiquement distribué aux étudiants en fin de séance. Sur l'ensemble des réponses recueillies à ce jour, plus des deux tiers des étudiants font état d'un satisfaction importante et aucun ne rapporte une insatisfaction.

Au-delà de la satisfaction qu'ils rapportent, les remarques qualitatives que formulent les étudiants sont plus significatives. Ils mettent en avant l'intérêt de la liberté de parole et de l'analyse de situations pratiques, de même que l'intérêt des mises en situation et de la réflexion menée par le groupe. Ils soulignent aussi l'originalité de la démarche et le fait que le débriefing soit effectué en commun par un éclairage de la psychologie et de la communication. Certains étudiants insistent sur l'originalité de l'atelier et expriment qu'ils ont peu l'occasion de pouvoir s'exprimer dans un climat de confiance, sans jugement, de dire ce qu'ils ont vécu et d'avoir un éclairage sur ce qui aurait pu être fait différemment dans cette relation médecin-patient si difficile à acquérir.

En outre, tous déclarent être intéressés par les apports théoriques sur les questions abordées lors de ces séances, notamment les suivantes : comment prendre en charge la douleur ? Comment prendre en charge un patient bavard ? Comment prendre en charge un patient à qui on n'a pas encore annoncé le diagnostic ? Relation du stagiaire avec l'interne (qui demande de faire des « choses » parfois seul...) ; Comment réagir face aux différents processus de deuil ?

Discussion

L'attention que les étudiants ont porté à cet enseignement pour le plébisciter auprès de la faculté de médecine ainsi que l'évaluation faite par les stagiaires montrent l'intérêt de telles séances en complément de l'enseignement plus traditionnel.

Une telle approche présente de nombreux atouts : une structuration de l'atelier définie par un trinôme pluri-professionnel et pluri-disciplinaire (médecin, psychologue clinicien, professeur de communication) ; une approche intégrative mêlant les sciences humaines et les sciences biomédicales dans la formation des étudiants ; une complémentarité du duo d'animateurs ; un format des ateliers (petits groupes,...) facilitant la prise de parole ; un fil conducteur adossé à des situations pratiques vécues par les étudiants permettant un retour d'expériences ; une exploration des différentes facettes d'une maladie chronique (annonce ; mécanismes de défense ; critères liés à l'expérience du patient (*patient-reported outcome*) que sont le vécu au quotidien, la vie sociale, intime, professionnelle, la qualité de vie ; ...).

La question se pose de savoir si la présence d'un médecin de la spécialité aurait une valeur ajoutée dans la co-animation de l'atelier. La démarche proposée ici se veut complémentaire de l'action du médecin dont l'enseignement est déjà dispensé à la fois à la faculté et auprès des patients lors des visites et/ou des consultations. Par ailleurs, l'existence d'un lien hiérarchique avec les stagiaires pourrait compromettre le bon déroulé de l'atelier qui est fondé sur la liberté de parole et l'absence de contrôle et/ou de jugement. Enfin, du fait de l'évolution de la médecine qui devient une technoscience, source de dissonances entre les paramètres d'analyse élaborés par les médecins et les critères des patients dans l'évaluation d'une maladie chronique, il apparaît essentiel de confier cette mission à d'autres professionnels ayant une plus grande attention à la verbalisation du ressenti des malades, en sachant que celle-ci reste encadrée par les médecins.

L'évaluation des savoirs théoriques et des compétences acquis lors de ces ateliers de formation répond à une problématique complexe. Un premier niveau concerne la difficulté de concilier l'objectif de liberté de parole qui est poursuivi au cours de ces ateliers et l'exploitation qui pourrait être faite de cette même parole à des fins d'évaluation sommative. Les obstacles à la parole que nous avons documentés et rapportés plaident à notre sens pour une prudence à cet égard. Pour autant, comme l'affirme Millette [11], nous pensons que l'évaluation est un moteur incontournable de l'apprentissage de la communication. Un dispositif d'évaluation formative pourrait être mis en place à terme mais cela nécessite un temps relativement important dont nous ne disposons pas. En l'état, cette évaluation se fait indirectement, en fin de stage dans le service lors de l'évaluation des stagiaires, et lors des évaluations diagnostiques, formatives ou sommatives effectuées en cours de communication à la faculté. De plus, l'évaluation de la compétence des étudiants à la relation médecin-patient pose de nombreux problèmes comme Laidlaw et Hart s'en font l'écho [21]. En effet, plusieurs questions se posent : est-il possible d'évaluer la capacité d'un individu à communiquer de manière fiable ? Comment évaluer cette compétence ? Quels éléments évaluer précisément ? Les étudiants qui participent à ces ateliers sont à des niveaux différents de leurs études en médecine : comment prendre en compte ces disparités ?

Conclusion

Les ateliers de formation à la relation médecin/malade dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie chronique tel qu'un rhumatisme inflammatoire, animés conjointement par une psychologue clinicienne et un professeur de communication, basés sur l'analyse d'une situation exprimée, constituent une forme de pédagogie innovante pour les étudiants qui construisent leur savoir. Ils apportent aux étudiants une expérience d'apprentissage complémentaire par rapport aux autres activités organisées sous l'égide des soignants lors du stage, en

mettant l'accent sur les différentes dimensions de la relation médecin-patient, en lien avec les champs de la psychologie et de la communication. Une évaluation plus explicite de l'impact d'une telle approche sur la prise en charge des patients par les étudiants en médecine, de niveau différent (de la troisième à sixième années) devra faire l'objet de travaux méthodiques complémentaires.

Contributions

Sylvie Chambellan et Thierry Wable ont participé à la conception du projet, à l'élaboration du contenu des ateliers de formation et à leur animation, au recueil des données et à l'écriture du manuscrit. Pierre Fréger et Benoit Veber ont participé à la validation du dispositif de formation et à la co-écriture du manuscrit. Olivier Vittecoq a été à l'origine de la conception et de l'initiation de cette approche pédagogique, a co-élaboré le contenu des ateliers et participé à l'écriture du manuscrit.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Liens d'intérêt

Aucun auteur ne déclare de conflits d'intérêt en lien avec le contenu de l'article.

Références

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
2. Portier A, Gossec L, Tubach F, Alfiat T, Pham T, Saraux A, *et al.* Patient-perceived flares in rheumatoid arthritis: A sub-analysis of the STRASS treatment tapering strategy trial. *Joint Bone Spine* 2017;84:577-81.
3. Studenic P, Radner H, Smolen JS, Aletaha D. Discrepancies between patients and physicians in their perceptions of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis Rheum* 2012;64:2814-23
4. Granier B. L'imagerie médicale au cœur de la relation médecin-malade. Mémoire de master. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, 2009.
5. Moley-Massol I. Relations médecin-malade : enjeux, pièges et opportunités. Paris : Editions DaTeBe, 2007.
6. Folscheid D. La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental. *Laval théologique et philosophique* 1996;52:499-509.
7. Parsons T. *Action Theory and the Human Condition*. New York: The Free Press, 1975.
8. Freidson E. *La profession médicale*. Paris : Editions Payot, 1984.
9. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale* 2010;11:255-72.
10. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé* (2^e éd.). Montréal : Editions du renouveau pédagogique, 2016.

11. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale* 2004;5:110-26.
12. Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients – Accompagner les patients avec une maladie chronique : Nouvelles approches (3^e ed.). Paris : Edition Maloine, 2011.
13. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale* 2005;6:178-85.
14. Boulé R, Girard G, Clavet D, Bernier C. Stratégies d'animation de groupe sur la communication patient-médecin-famille. *Pédagogie Médicale* 2000;1:13-22.
15. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1957.
16. Schön D, Argyris C. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Les Éditions Logiques, 1997.
17. Houssaye J. Le triangle pédagogique. Théorie et pratiques de l'éducation scolaire. (3^e éd., 1^{re} éd. 1988). Berne : Peter Lang, 2000.
18. Houssaye J. Le triangle pédagogique, Les différentes facettes de la pédagogie. Paris : ESF, 2014.
19. Cabin P, Dortier J-F. La communication, état des savoirs. Paris : Éditions des Sciences Humaines, 2005.
20. Souche L, Galiano AR. L'analyse de la pratique professionnelle, 13 études de cas. Paris : Editions In Press, 2016.
21. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide 511. *Med Teach* 2011;33:6-8.

Citation de l'article : Chambellan S., Wable T., Freger P., Veber B., Vittecoq O. Formation à la relation médecin-malade dans le cadre d'une pathologie chronique. Un dispositif original basé sur l'intervention d'une psychologue clinicienne et d'un professeur de communication. *Pédagogie Médicale* 2020;21;159-167