



HAL
open science

**Evaluation des compétences en communication
d'étudiants en médecine inscrits en médecine au diplôme
de formation approfondie en sciences médicales :
pertinence de critères verbaux et non verbaux**

Géraldine Gurtner, Mélanie Milazzo

► **To cite this version:**

Géraldine Gurtner, Mélanie Milazzo. Evaluation des compétences en communication d'étudiants en médecine inscrits en médecine au diplôme de formation approfondie en sciences médicales : pertinence de critères verbaux et non verbaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932152

HAL Id: hal-01932152

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932152v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2017

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Géraldine GURTNER et Mélanie MILAZZO

Le 07 juillet 2017

**EVALUATION DES COMPETENCES EN COMMUNICATION D'ETUDIANTS EN MEDECINE
INSCRITS EN MEDECINE AU DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES
MEDICALES : PERTINENCE DE CRITERES VERBAUX ET NON VERBAUX.**

Examineurs de la thèse :

Mr Jean Pierre KAHN	Professeur	Président
Mr Marc BRAUN	Professeur	Juge
Mr Bernard KABUTH	Professeur	Juge
Mme Fabienne LIGIER	Docteur en médecine	Juge
Mme Caroline PHAM-DINH LOUX	Docteur en médecine	Juge

16 février 2017



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-

section : *(Physiologie)*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-

section : *(Nutrition)*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-

section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur

Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :

(Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur
Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

REMERCIEMENTS

**A notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN**

Professeur de Psychiatrie d'Adultes,
Pôle de Psychiatrie et Psychologie Clinique

En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la Présidence de notre jury de thèse. Nous vous remercions de la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué tout au long de notre cursus. Nous vous remercions également de la confiance que vous nous accordez.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Marc BRAUN

Professeur d'Anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale),

Doyen de la Faculté de Médecine,

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

En vous remerciant tout particulièrement de l'honneur que vous nous faites de juger notre travail. Merci de l'intérêt que vous portez à notre faculté pour l'enrichissement de l'enseignement et notamment via la simulation, qui nous a permis de réaliser ce travail. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre respectueuse estime et notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur de Pédopsychiatrie,

Docteur en psychologie

Merci pour l'honneur que vous nous faites de juger ce travail. Nous vous remercions pour l'ensemble de vos enseignements enrichissants de pédopsychiatrie au cours de notre internat. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre reconnaissance et notre gratitude.

**A notre juge et directrice de Thèse,
Madame le Docteur Fabienne LIGIER**

Docteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

C'est avec le plus grand respect que nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail. Nous vous remercions pour le dynamisme, la disponibilité et l'enthousiasme que vous avez montré tout au long de cette thèse. Merci pour les nombreuses corrections et conseils. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude et notre profond respect.

**A notre juge et directrice de Thèse,
Madame le Docteur Caroline PHAM-DINH LOUX**

Docteur en Psychiatrie
Assistante chef de clinique

Nous te remercions pour l'attention portée à notre recherche de sujet de thèse.
Merci d'avoir grandement suscité notre intérêt pour l'enseignement par la simulation en santé. Un grand merci pour ton dynamisme apporté à ce projet et tes relectures.
Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre gratitude et notre profond respect.

A l'Association des Médecins du CPN (AMC),

Pr KABUTH, Dr LIGIER, Dr LARUELLE, Dr BODY LAWSON, Dr DOBRE

Pour leur contribution à la traduction de cet article.

REMERCIEMENTS DE GERALDINE

A ma famille,

A Simon, merci pour ton amour, ton soutien dans l'écriture et la relecture de cette thèse. Il y a des choses que les mots et les phrases ne peuvent pas dire. On ne voit bien qu'avec le cœur et le mien est à toi. Je t'aime.

A Capucine et Gaspard, merci d'avoir été patients et compréhensifs avec votre maman pendant cette dernière année d'étude. Vos sourires tous les matins sont pour moi ma plus grande force, je vous aime.

A mes parents, merci pour toutes les valeurs humanistes que vous m'avez transmises et qui me servent dans ma pratique quotidienne. Merci de m'avoir soutenue dans mes divers changements d'orientation. Merci pour votre soutien depuis le début de ces années études et pour votre sempiternelle motivation tout au long de ce travail. Papa, merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine. Merci pour tes conseils, tes relectures, tes éclairages durant tout ce travail. Maman, merci beaucoup pour tes encouragements, ton soutien et pour ton aide logistique avec les enfants !

A mes frères, Mathieu et Sébastien, malgré la distance qui nous sépare, vous avez toujours été là pour votre sœur. Merci à tous les deux.

A ma marraine, merci pour ta bienveillance et ton soutien depuis toujours !

A toute la famille Griffaton, merci pour votre accueil parmi vous !

A mes amis,

A Abélia et Pierre, merci pour cette complicité partagée depuis toutes ces années d'études. Vous avez toujours été là et vous n'avez eu de cesse de m'encourager et je vous en remercie. On n'a jamais sorti les violons, on ne va pas commencer maintenant ! Je ne vous ferai donc pas pleurer en vous remerciant de votre présence, votre soutien et votre bonne humeur.

A Céline, Lison, Carine, Marion, mes amies d'enfance merci pour cette amitié qui nous lie depuis tant d'années.

A tous ceux avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre mon métier

A l'ensemble du CMP Winnicott, merci de m'avoir encadrée lors de ma première expérience de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Anne, merci pour tout ce que tu m'as appris, ton humanisme et ton dynamisme. Je reste en admiration devant ton travail.

Au CMP de Metz Devant-les-Ponts, merci pour votre accueil chaleureux dans votre service. Alicia, merci pour ta sympathie, tes conseils, ta disponibilité et ton soutien durant ce travail.

Au service de liaison du CHRU du professeur Kabuth. Merci Professeur Kabuth de m'avoir transmis votre passion de la pédopsychiatrie lors de mon passage dans votre service et lors de vos séminaires. Je garderais en mémoire la richesse de votre enseignement, le plaisir d'apprendre à vos côtés et votre humanité. Merci au docteur Le Duigou pour tout ce que vous m'avez transmis, votre bienveillance et la richesse de nos échanges.

Au Docteur Keller, merci de m'avoir initiée à la thérapie brève.

Au Docteur Blanchard, merci de m'avoir enseigné les notions de pédopsychiatrie et de m'avoir transmis votre passion pour ce métier

Au SMPR, merci pour les mois de travail passés avec vous. Merci au Docteur Horrach pour votre éthique humaine et professionnelle. A Caroline, merci pour ton encadrement aussi professionnel que bienveillant. Merci pour ta bonne humeur ! Et tes encouragements !

Merci à tous ceux que je n'ai pas cité ou que j'aurai oublié.

REMERCIEMENTS DE MELANIE

Je remercie l'ensemble des services où j'ai eu le plaisir d'effectuer ma formation,

Au service de psychiatrie de Briey,

Merci pour l'accompagnement et l'enseignement apporté lors de mon tout premier semestre.

Au service de Psychiatrie et Psychologie clinique,

Au Dr. WITKOWSKI pour sa bienveillance et ses enseignements lors de mes débuts d'internat.

Au Dr. KIEFFER, pour son soutien, sa confiance, sa grande disponibilité, et son enseignement au cours de mon stage à l'USP.

Au Dr. LOPPARELLI, pour son accompagnement et son soutien à venir pour l'ultime épreuve du mémoire.

Au Dr. PERRIN PAYET, pour son assistance lors ce dernier stage d'interne. Je te souhaite une bonne continuation.

Au Pr. KAHN et Dr. LARUELLE, toute ma gratitude pour la confiance qu'ils m'accordent pour le futur poste d'ACC.

Merci à l'ensemble de l'équipe soignante, aux psychologues et secrétaires pour leur bel accueil lors de mes différents passages dans leur service.

Au CMP de Lunéville et St Nicolas de Port,

Merci à toute l'équipe soignante de m'avoir guidé pour ce premier stage en pédopsychiatrie.

Au service Horizon,

A toute son équipe pour ces bons moments passés à vos côtés.

Merci au Dr KURZENNE pour sa gentillesse, sa douceur. Bonne continuation à toi en Corse.

Merci au Dr ZEYBEK, pour sa bienveillance et son apprentissage enrichissant de la pédopsychiatrie.

Au CMP Médreville,

Tout ce travail n'aurait pas été mené à bien, sans le temps précieux qui a pu m'être accordé durant ce stage.

Un grand merci au Dr MASSON pour sa bienveillance, sa disponibilité, et d'avoir suscité mon intérêt à la pratique de la remédiation cognitive.

Merci au Dr PAPUC, au Dr PROT, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe soignante et secrétaires pour leur gentillesse et leur bel accueil.

A mes Co-internes,

Merci pour ces belles rencontres professionnelles et amicales au cours de ces quatre dernières années : A Kahina, Claire, Virginie, Frédéric, Léa, Alex, Anne, Justine, Jean Marc, Valentina, Ophélie, Charlotte, François, Hugo, etc.

A Géraldine, Merci à toi d'avoir sauté le pas avec moi pour ce sujet de thèse et pour cette belle collaboration au cours de cette année.

A Ingrid, FFI et future interne au top. Au plaisir de travailler avec toi bientôt (Il faut rester à Nancy !).

Plus personnellement,

A ma famille,

A mes chers parents, Merci pour votre attention, vos encouragements, votre soutien et support inconditionnel qui m'ont accompagné tout au long de ces années. Je vous en suis très reconnaissante.

A David, pour ton amour, ta présence, ton soutien quotidien indéfectible et tes encouragements. Merci d'avoir participé à la réflexion, à la mise en forme et aux corrections de ce travail, avec le mérite de m'avoir supporté dans les nombreux moments de doutes et de stress. Je t'aime.

A toute ma famille, ma marraine, mon parrain, mes grands-parents, mes tantes et oncles, cousines et cousins, filleuls, en témoignage de toute mon affection.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil chaleureux parmi vous.

A Yoda, pour ses ronrons apaisants, et parce qu'il ne pouvait pas uniquement apparaître dans les remerciements de la thèse de Stéphane, mais mérite la postérité.

A mes amis,

A Sarah, Aurélie, Marie, Cécile S, mes fidèles amies depuis de nombreuses années. Merci pour votre amitié qui m'est si chère et indispensable, et qui je l'espère n'est pas prête de se terminer. Sans oublier vos moitiés : Etienne, Nicolas, et Victor.

A Céline, A cette amitié naissances dès la Tut 'rentrée. Merci pour ta bonne humeur et ton dynamisme. Cette P1 aurait été beaucoup moins simple sans toi (A bientôt à Mayotte !).

A Marie claire, dont le soutien a été primordial en P1.

A toutes les belles rencontres, les amitiés créées au cours de l'externat, et les bons moments passés avec vous :

A Marine, Hervé, Bertrand, Isabelle, Philippe, et Julie...

A Anne Charlotte, Stéphane, Cécile C., Audrey, Maxime, Badou. Merci de m'avoir accompagné durant cette année, pour des soirées rafraichissantes afin de décompresser. Merci pour votre écoute pendant l'ébauche et la finalisation de ce travail.

Merci à tous ceux que je n'ai pas cités ou que j'aurai oubliés.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

1	Introduction.....	25
1.1	La communication médecin-patient, une compétence essentielle pour les professionnels de santé	25
1.1.1	Communication, processus d'engagement et relation médecin- patient.....	25
1.1.2	La communication professionnelle	26
1.2	Les compétences en communication des étudiants en médecine	30
1.2.1	Recommandations actuelles	30
1.2.2	Méthodes d'apprentissage proposées.....	33
1.2.3	Méthodes d'évaluations actuelles des compétences en communication	35
1.2.4	Difficultés rencontrées par les méthodes d'évaluation actuelle	38
1.3	Recherche de critères objectifs pour l'évaluation des compétences en communication	40
2	Article	42
3	Discussion et perspectives	57
3.1	Résultats et objectifs atteints.....	57
3.2	Concordance avec les résultats de l'étude précédente, réalisée à la faculté de médecine de Nancy	58
3.3	L'évaluation de la communication verbale	58
3.3.1	La durée de l'énoncé (DDE)	58
3.3.2	Les temps de latence de la réponse (TLR)	59
3.3.3	Le nombre d'interruptions	60
3.4	L'évaluation de la communication non verbale	60
3.4.1	La proxémique	60
3.4.2	La gestuelle.....	61
3.4.3	Le paralangage	63

3.5	Les difficultés d'établir une référence unique d'évaluation	63
3.5.1	Une évaluation dépendante du contexte.....	63
3.5.2	Une évaluation dépendante d'un facteur ethnique.....	64
3.6	Impact de cette évaluation sur l'étudiant	64
3.6.1	Interprétation de l'évaluation par l'étudiant	64
3.6.2	Vers la création d'un guide de référence pour mener les entretiens	65
3.6.3	La progression apportée à l'étudiant par ce système d'évaluation	65
4	Conclusion	66
	Bibliographie	67
	Annexes	70
	Annexe 1 : Programme d'enseignement de l'année 2016-2017 (UE 1 : Santé, Société, Humanité) à la faculté de Nancy.....	70
	Annexe 2 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication	71
	Annexe 3 : Grille Calgary Cambridge simplifiée	78
	Annexe 4 : Grille d'évaluation de Luc Côté	79
	Annexe 5 : Proposition d'un enseignement de psychologie médicale pour les étudiants de deuxième cycle.....	80
	Annexe 6 : Scénario de la simulation d'un patient opposant aux soins (TC-PC avec nécessité de réaliser un scanner).....	84
	Annexe 7 : Signes retenus par les investigateurs pour évaluer la gestuelle et la nervosité du médecin et du patient.....	86
	Annexe 8 : Logiciel ELAN utilisé pour le recueil des données temporelles.....	87
	Annexe 9 : Tableau des Résultats bruts prélevés.....	89

1 Introduction

1.1 La communication médecin-patient, une compétence essentielle pour les professionnels de santé

1.1.1 Communication, processus d'engagement et relation médecin-patient

1.1.1.1 *Communication verbale et non verbale*

La communication est l'acte de transmettre un message à une autre personne, art essentiel pour établir la relation médecin-patient et fonctionner efficacement entre professionnels de santé.

Les bases de la communication orale avec un patient s'appuient sur des mécanismes et des temps d'adaptation qui permettent à la communication de s'établir mutuellement de la manière la plus satisfaisante possible. Dans un entretien médical, il y a des temps d'écoute et des temps d'interrogatoire où le médecin a besoin de faire préciser des éléments sémiologiques indispensables à la bonne prise en charge du patient. Dans ces différents temps de la communication orale médecin-patient, le médecin doit adapter son langage au niveau socio-culturel du patient en utilisant autant que possible les mots les plus simples. Or, cette vulgarisation du discours médical fait souvent défaut au jeune étudiant en médecine.

La relation interhumaine se construit majoritairement à partir de la communication non verbale. Ainsi, les mots ne comptent que pour un faible pourcentage de l'information que l'on délivre à une personne à laquelle on s'adresse. L'intonation, la mimique, la gestuelle, le rythme de la conversation et le regard, tous ces éléments sont majeurs. Le médecin doit donc aussi pouvoir maîtriser au mieux certaines de ses réactions pour ne pas, sans le vouloir, modifier le message verbal qu'il adresse à son patient.

En d'autres termes, l'entretien constitue un dialogue à la fois verbal et non verbal entre deux participants dont les comportements influencent leur style de communication respectif, donnant ainsi lieu à des schémas spécifiques d'interactions. Les difficultés des entretiens médicaux fournissent des occasions formidables pour acquérir des aptitudes essentielles à la compréhension du fondement des échanges (1).

1.1.1.2 Processus d'engagement et établissement d'une relation thérapeutique

Afin d'obtenir la confiance du sujet, un ensemble de compétences relationnelles est nécessaire au cours de l'entretien. La mise en confiance du patient passera par un processus appelé « engagement ». Ce processus d'engagement conduit à ce qui est traditionnellement appelé une alliance (2).

Selon S.C. Shea, l'engagement fait référence au développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect. L'alliance désigne, quant à elle tous les indices comportementaux et émotionnels qui suggèrent, au cours de l'entretien, la réussite de ce processus d'engagement. En d'autres termes, l'engagement sert à définir un ensemble d'objectifs et l'alliance fournit une méthode pour surveiller l'efficacité des stratégies employées pour atteindre ces objectifs.

L'installation de l'alliance est toujours un cas unique. C'est une particularité individuelle qui fait de l'alliance un instrument fiable et sensible de mesure de la qualité de l'engagement.

La qualité de l'alliance peut être évaluée à travers trois approches complémentaires : une approche subjective, une autre objective, et la troisième qui repose sur le jugement personnel du patient. La seconde approche repose sur un examen objectif des caractéristiques comportementales de l'entretien lui-même : il s'agit d'apprendre au clinicien à repérer des signes concrets d'une bonne relation thérapeutique à travers le langage verbal et non verbal (1).

1.1.2 La communication professionnelle

1.1.2.1 Les objectifs d'une communication efficace

La communication professionnelle est une forme particulière de communication interpersonnelle. Elle comporte essentiellement deux fonctions : l'échange d'informations et

le développement d'une relation. Une communication interpersonnelle réussie, dans la relation professionnelle, suppose une coopération entre les participants.

Elle repose sur :

- La maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels ;
- La capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs et aux contextes communicationnels ;
- La capacité d'atteindre ses buts professionnels et relationnels d'une manière compatible avec les buts et besoins du patient ou de tout autre interlocuteur rencontré dans l'exercice de ses fonctions (3).

1.1.2.2 Les bénéfices sur la santé

Longtemps, le corps médical a ignoré l'importance des techniques et des approches en communication sur les résultats cliniques, sur le taux de satisfaction du patient et du médecin, de même que sur les coûts médicaux. Cependant, des études ont démontré les liens positifs et importants entre une bonne communication et les résultats sur la santé des patients (4). Les effets positifs de la communication sur la santé des patients ont ainsi été évalués par des critères tels que l'intensité de la douleur, l'anxiété, la tension artérielle, la glycémie et la compliance au traitement (5). Une communication de qualité a également un impact favorable dans les pathologies chroniques, oncologiques et en soins palliatifs (6–8).

Ainsi, la communication contribue à la qualité des soins et a donc toute sa place au cœur de l'activité clinique.

1.1.2.3 Problématique liée à une mauvaise communication

La plupart des litiges, voire des conflits, qui surviennent entre soignants et soignés sont liés à un défaut de communication.

Les causes de cette « maladie de la communication » sont nombreuses et varient en fonction des particularités des patients, des médecins, et de chaque discipline ; certaines causes sont

cependant communes. Un bulletin de l'Académie Nationale de 2006 en référence trois causes:

- L'insuffisance d'écoute et de parole du médecin qui sous-estime l'attente anxieuse du patient,
- Le manque de temps des médecins accablés par les tâches administratives,
- L'influence profonde, plus ou moins positive, qu'exercent les différents médias sur la façon dont les patients perçoivent la médecine et les médecins.

Le groupe de travail de la commission XV, de l'Académie Nationale de médecine, en 2006, avait proposé alors des recommandations. Parmi elles, on retrouve l'importance de la formation à la communication des étudiants en médecine et de tous les autres professionnels de santé, le développement des méthodes d'évaluation de l'aptitude à la communication des étudiants (9).

En 2010, le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine reprend en partie ces axes d'amélioration (10).

Dans ce contexte, les facultés de médecine tentent de répondre à ce souhait en favorisant l'apprentissage de compétences dans le champ de la communication et de la relation.

1.1.2.4 L'évolution des modalités d'apprentissage : L'approche par compétence

Dans le domaine de l'Education, le concept d'apprentissage par compétence s'est progressivement diffusé : d'abord aux Etats Unis dans les années 1970, puis au Québec à la fin des années 1990, en Belgique en 1993, en Australie en 1995 et aussi en Amérique du Sud et Afrique dans les années 2000. En France, la notion de compétence est apparue dans les politiques de l'Education nationale à la fin des années 1980, puis a été réaffirmée en 2005 avec la publication du « socle commun de connaissances et de compétences » (11).

Dans les années 2000, l'université de Montréal lance une réforme des études médicales intitulée « Renouveau pédagogique ». Cette approche contemporaine entend mieux

préparer l'étudiant en médecine à de nouveaux rôles, adaptés aux changements sociétaux et aux enjeux du système de santé. Il s'agit de « l'approche par compétences ». Ce courant s'inscrit dans un contexte qui exige de nouvelles compétences de la part des médecins.

Cette approche ne néglige pas les connaissances médicales. Elle prévoit au contraire une plus grande maîtrise de ces connaissances, notamment en simulant la capacité des étudiants à les utiliser en contexte clinique. Elle vise aussi à l'acquisition des connaissances nécessaires à la décision et à l'action dans un cadre qui nécessite la mobilisation d'autres habiletés. Elle privilégie le développement d'apprentissages à partir de situations authentiques et de problèmes complexes.

L'évaluation des apprentissages est un processus complexe étroitement lié à des intentions de formations que l'on appelait « objectifs » pendant plusieurs années. La notion d'objectifs a peu à peu fait place à une réalité plus complexe, celle de « compétences » (12).

De nombreuses définitions du concept de compétence ont été proposées. Parmi elles, au Québec, on retrouve dans la communauté de l'éducation médicale, un large consensus sur la pertinence de la définition de la compétence selon Jacques Tardif : « Une compétence est un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ».

De ces nouvelles approches par compétences découlent de multiples facettes dans le rôle du médecin, dont une composante essentielle fait partie de l'objet de cette étude.

1.1.2.5 « Le communicateur », une des compétences fondamentales du médecin

La compétence des médecins a fait l'objet d'une attention particulière de certaines études. Ainsi en 1996, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), a créé un groupe de travail incluant plusieurs organismes provinciaux de santé, des associations de spécialistes et des facultés de médecine canadiennes, pour produire un document intitulé CanMEDS, qui a fait l'objet de plusieurs révisions. Ce document définit un cadre des compétences exigibles pour les médecins en exercice, considérés comme des experts

médicaux (13). Parmi les compétences professionnelles médicales transversales définies autour du rôle pivot « d'expert médical », on retrouve la compétence de « communicateur »

En tant que communicateurs, les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical. Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation et la confiance, établir un diagnostic, fournir de l'information, chercher à instaurer la compréhension mutuelle et faciliter un plan de soin partagé. En effet, les habiletés de communication deviennent particulièrement précieuses lorsqu'il faut surmonter des situations conflictuelles, obtenir un consentement éclairé, annoncer une mauvaise nouvelle ou atténuer la colère d'autrui. De même, Epstein et Hundert avaient fait une revue de la littérature anglaise sur la période de 1966 à 2001, identifiant un certain nombre de dimensions de la compétence professionnelle, dont les compétences « cognitives » et « relationnelles », qui nous intéressent tout particulièrement dans ce travail (14).

Il existe une hétérogénéité du concept. De nombreuses sociétés savantes ont défini leurs compétences en fonction des spécialités ou des lieux d'exercice. Ainsi en ce qui concerne la dimension de communication, elle est présente dans de nombreuses classifications, sous différents termes: «communication», «partenariat avec les patients», «collaboration centrée sur la personne», «adaptation à la diversité culturelle» (7).

1.2 Les compétences en communication des étudiants en médecine

1.2.1 Recommandations actuelles

1.2.1.1 Internationales

Dans de nombreux pays, l'enseignement des compétences de communication dans la formation médicale a été reconnu comme essentiel et même basique. En conséquence, cet enseignement et l'évaluation des habiletés de communication ont été incorporés dans les programmes de médecine de ces pays (15).

M. Balint dès 1957, concluait à l'importance de mieux former les médecins à la communication et de rendre obligatoire la participation à des groupes de paroles.

Depuis une dizaine d'années, l'importance croissante accordée à la communication médecin-patient se reflète dans les déclarations internationales de consensus ayant pour objet l'éducation médicale, à travers des lignes directrices à l'intention des écoles de médecine et des normes pour la pratique professionnelle et l'éducation. Dans le domaine des compétences en communication, deux déclarations de consensus sont les plus reconnues : La déclaration du consensus de Toronto et celle du Kalamazoo (16,17). Ces énoncés définissent les bonnes pratiques pour la rencontre médecin-patient et sont utiles pour planifier, exécuter les formations et les évaluations de compétences en communication.

L'application de ces consensus se retrouve dans plusieurs études évaluant la compétence en communication des étudiants en médecine (15,18,19).

En Amérique du Nord, les recommandations actuelles de l'association américaine des facultés de médecine font désormais de l'entraînement aux techniques de communication un élément essentiel de la formation (19).

En Belgique, en Suisse, en Allemagne, on retrouve également de nombreux programmes d'apprentissages des techniques de communication et d'évaluation des capacités relationnelles. Même si les méthodes sont diverses et variées, elles privilégient l'interactivité (5,20,21).

1.2.1.2 Nationales

Les réformes successives des études médicales ont fait entrer les sciences humaines dans le cursus universitaire. L'arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales précisait : « L'enseignement de la première année comporte également un module de culture générale, pouvant porter notamment sur les techniques d'expression et de communication, et sur la philosophie et l'histoire des sciences ». Plus récemment, l'arrêté du 8 avril 2013, relatif au régime en vue du premier et deuxième cycle des études médicales, mettait en avant l'acquisition de

l'apprentissage en communication : « L'étudiant a conscience des enjeux de la relation et de la communication verbale et non verbale sur la qualité de soins ».

La première unité d'enseignement (UE1) développe « l'apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle ». La relation médecin patient et la communication sont au cœur des objectifs communs à acquérir. Dans le parcours personnalisé de l'étudiant, apparaissent des unités d'enseignement librement choisies dont l'objectif est d'approfondir certaines des connaissances et compétences dans un domaine transversal ou pluridisciplinaire. Parmi elles, une unité d'enseignement regroupe des thèmes d'approche globale d'une situation complexe de communication, d'élaboration collective et de coopération (22).

Plusieurs facultés de médecine (Angers, Nancy, Nantes, Rouen...) étudient l'impact des aptitudes de communication et leurs techniques auprès d'étudiants en médecine de 2ème cycle, par diverses méthodes (jeux de rôles, simulation médicale, enseignement optionnel...) (23–26).

1.2.1.3 Université de Lorraine

Depuis 2010, l'Université de Lorraine dispose d'un laboratoire d'enseignement destiné à la formation des étudiants en médecine et aux professionnels de santé : le CUESIM (Centre Universitaire d'Enseignement par Simulation Médicale), désormais nommé Centre Universitaire d'Enseignement par Simulation (CUESim), puisqu'il accueille différentes catégories de professionnels de santé, afin de contribuer à améliorer leur pratique et d'enseigner des compétences professionnelles.

La politique pédagogique innovante de la Faculté de Médecine de Nancy conduit à organiser pour les étudiants en médecine des séances dont le niveau d'exigence varie graduellement. Lors de ces séances, ils reproduisent des situations cliniques avec des patients-mannequins, mais aussi avec des patients simulés (acteurs).

L'unité 1 intitulée « Santé sociale et humaine » propose des jeux de rôles, notamment sur la relation soignant-soigné (Annexe 1). En marge de cette unité, un autre enseignement

portant sur la relation médecin-patient est proposé aux étudiants sous forme d'Unité d'Enseignement Parcours Personnalisé (UEPP).

1.2.2 Méthodes d'apprentissage proposées

L'apprentissage des habiletés de communication exige l'acquisition d'un savoir, d'un savoir-faire et d'un savoir-être spécifique et complexe. Ces apprentissages impliquent un enseignement basé sur des méthodes pédagogiques élaborées.

Dans les milieux cliniques, la compétence en communication prend des formes verbales, non verbales et écrites. Du point de vue de l'interaction médecin-patient, la compétence en communication peut être classifiée selon le but. Par exemple, l'initiation d'une entrevue médicale, la collecte d'informations fournissant une structure à l'entretien, la construction d'une relation, l'explication et la planification, la fermeture de l'entrevue et d'autres questions spécifiques (27).

Bernard MILLETTE, Marie-Thérèse LUSSIER et Johanne GOUDREAU ont défini six éléments essentiels pour l'apprentissage de la communication médecin-patient.

1.2.2.1 *Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes*

Tout entretien médical doit être structuré. La chronologie de l'entretien doit reposer sur trois fonctions principales : la collecte des données nécessaires, le développement de la relation médecin-patient et enfin l'information et la motivation du patient. Selon Bernard MILLETTE, le guide Calgary Cambridge est le modèle de référence le plus adapté. Nous reviendrons plus tard sur l'analyse détaillée de ce guide qui sert également de grille d'évaluation.

1.2.2.2 Une pratique des habiletés avec une rétroaction spécifique

Cette pratique des habiletés peut se traduire par un jeu de rôle. Il s'agit pour l'étudiant de jouer le rôle du médecin dans une simulation d'un entretien clinique. La situation doit recréer l'environnement hospitalier avec un patient fictif qui présente une pathologie particulière. L'étudiant médecin peut alors s'exercer à mettre en pratique l'enseignement reçu sans préjudice. A la fin de l'exercice, l'étudiant doit avoir un retour du patient ou d'un tiers observateur qui lui indiquera son ressenti de la simulation, suivant un référentiel à respecter. L'étudiant pourra alors s'appuyer sur cette discussion pour améliorer ses compétences en communication.

1.2.2.3 Un cursus cohérent et longitudinal

Pour être efficace, la formation à la communication doit être répétée plusieurs fois pendant le cursus universitaire de l'étudiant en médecine afin qu'il ne perde pas ses acquis. D'autre part, il ne doit pas installer de mauvaises habitudes dans sa pratique de la médecine et ce travail régulier lui permettra de revenir aux bons réflexes de la conduite de l'entretien.

1.2.2.4 Un processus d'évaluation des apprentissages

L'acquisition des habiletés en communication doit se terminer par un examen validant pour obliger les étudiants à travailler ce nouvel aspect et leur faire prendre conscience que ces compétences sont autant nécessaires que les compétences cliniques. Nous reviendrons plus longuement sur les méthodes d'évaluation des compétences en communication par la suite.

1.2.2.5 Des activités de découverte de soi

La relation médecin-patient peut être influencée par la personnalité du médecin ou son vécu. Il faut alors que le médecin ait conscience de ce biais de jugement qui pourrait nuire à sa relation avec le patient. L'étudiant peut s'auto-évaluer en visionnant l'entretien. Pour

cerner davantage sa personnalité et comprendre ses émotions, il peut participer à des activités de partage avec des groupes de paroles permettant d'échanger entre pairs sur le vécu et leurs expériences. Ces échanges partagés peuvent lui apporter plus d'ouverture et de curiosité par rapport à ses patients, ce qui serait bénéfique pour créer de meilleures conditions de communication. Enfin, l'étudiant peut aussi dans une démarche personnelle entreprendre une psychothérapie.

1.2.2.6 L'observation de leurs pairs

Il est à préciser que l'enseignant qui administre les cours de communication doit être médecin. Si les cours de communication sont enseignés par un professeur de communication étranger à la médecine, l'étudiant pourrait penser que les qualités de communication à utiliser pendant l'entretien sont seulement un plus. Il doit être conscient que ces qualités sont nécessaires pour assurer la meilleure prise en charge de son patient.

Pour que les habiletés en communication soient reconnues, les maîtres de stage des étudiants doivent avoir également une communication exemplaire avec leur patient. Si la personne référente inclut les compétences en communication dans son exercice médical, l'étudiant percevra cet enseignement comme naturel et nécessaire.

1.2.3 Méthodes d'évaluations actuelles des compétences en communication

Il existe deux types d'évaluations : sommatives et formatives.

L'évaluation formative se fait de manière répétée au cours du processus d'apprentissage et fournit aux étudiants des commentaires à partir desquels ils peuvent repérer leurs forces et leurs faiblesses. Il est important pour les enseignants d'évaluer les compétences en communication des étudiants à plusieurs reprises au cours de leur cycle d'études, afin de pouvoir reconnaître une amélioration de leur capacité et permettre aux étudiants qui ne réussissent pas initialement de progresser.

L'évaluation sommative est l'examen final du processus d'apprentissage. Elle permet à l'enseignant de juger si l'étudiant remplit les conditions requises pour les évaluations

semestrielles ou de fin d'année (28). Il convient de privilégier ici un instrument de mesure ayant une forte fiabilité et validité (29).

Comme le mentionnait Miller, les étudiants, lors des évaluations, ne doivent pas uniquement être tenus de confirmer qu'ils « savent » et qu'ils « savent comment » mais surtout de « montrer comment ils font », c'est-à-dire comment ils agissent en pratique (30).

1.2.3.1 L'examen clinique par objectifs structurés (ECOS)

L'examen clinique par objectifs structurés (ECOS) offre les conditions les plus proches des conditions réelles auxquelles doit faire face un professionnel de santé durant sa carrière professionnelle (27). Un ECOS se traduit par un scénario mettant en scène un patient joué par un acteur présentant une pathologie particulière et un étudiant en médecine devant effectuer l'examen clinique. Cette simulation est observée par un évaluateur qui juge la capacité du médecin suivant une grille d'évaluation préétablie. Ces collectes de données en temps réel fournissent une rétroaction instantanée aux participants. Il est cependant recommandé d'effectuer un enregistrement vidéo de cet entretien pour constituer un dossier permanent et permettre la possibilité d'analyses supplémentaires (31). Le choix de faire appel à un patient standardisé crée un examen reproductible à plusieurs étudiants et réduit la variabilité des résultats (32).

1.2.3.2 Les grilles d'évaluations

Parmi les grilles d'évaluation, deux types de notations sont fréquemment utilisés. Le premier type est celui d'une « liste de contrôle comportementale » et le deuxième est une « échelle globale multipoint/échelle de notation globale » (GRS).

1.2.3.2.1 Les listes de contrôle

Les observateurs vont indiquer si un comportement ou une tâche spécifique a été accompli pendant l'interaction. Schirmer souligne que pour les observateurs les moins expérimentés, les listes de contrôle fournissent des définitions comportementales plus claires qui peuvent améliorer la fiabilité. Par conséquent, une liste de contrôle peut être l'outil à privilégier lorsque les enseignants apprennent à évaluer les compétences en communication ou lorsqu'ils ont moins d'expérience.

Parmi les listes de contrôle les plus utilisées, on retrouve « The SEGUE Framework » qui reprend la chronologie d'un entretien type avec la salutation du patient et sa mise en confiance, la discussion autour des termes de sa présence, l'explication du diagnostic et de sa prise en charge et enfin l'implication du patient à faire preuve de responsabilité pour suivre ses recommandations.

1.2.3.2.2 Les échelles de notation

Les échelles de notation ont tendance à utiliser des échelles de Likert. Elles fournissent plus d'informations sur la rencontre médecin-patient, mais l'ensemble des critères est plus subjectif par cette approche non binaire.

Il existe des arguments en faveur de l'utilisation des échelles de notation plutôt que des listes de contrôle (27). La recherche suggère que les échelles de notation ont une cohérence interne plus élevée lorsqu'on les compare aux listes de contrôle, et, en outre, que l'utilisation combinée des listes de contrôle et des échelles de notation peut améliorer la validité du contenu (27).

1.2.3.2.3 Le guide Calgary-Cambridge

Le guide Calgary-Cambridge (Annexe 2) est reconnu comme le référentiel international en termes de techniques de communication entre soignant et soigné (33,34). Il est la base des enseignements dans de nombreux pays (Suisse, Royaume-Uni, Canada, les Etats-Unis...).

Chaque chapitre de ce guide correspond à un élément essentiel de la communication médecin-patient décrit par la Déclaration de consensus de Kalamazoo (KCS) qui définit les sept points suivants :

- Commencer l'entrevue
- Recueillir l'information
- Structurer l'entrevue
- Construire la relation
- Expliquer et planifier la prise en charge du patient
- Reprendre les explications et la planification si le patient présente une hostilité à la prise en charge
- Terminer l'entrevue.

Les habiletés communicationnelles qui y figurent ont toutes été identifiées comme étant associées à des meilleurs résultats de soins (3). Il s'agit d'une approche qui ne se limite pas à un modèle théorique unique de la relation médecin-patient mais qui intègre l'ensemble des habiletés communicationnelles qui ont été démontrées efficaces.

1.2.4 Difficultés rencontrées par les méthodes d'évaluation actuelle

1.2.4.1 Absence d'un « gold standard »

Plusieurs grilles d'évaluation sont proposées dans la littérature. Mais à ce jour, il n'existe toujours pas d'accord général entre les chercheurs et les enseignants concernant une grille d'évaluation standard des compétences en communication. La pratique courante consiste pour les enseignants à utiliser les instruments existants, en les modifiant d'une manière ou d'une autre afin d'adapter l'évaluation des élèves. Winny Setyonugroho souligne que l'hétérogénéité des instruments de mesure utilisés pour évaluer les compétences en communication dans les ECOS limite la comparabilité du rendement des élèves entre les examens.

1.2.4.2 Limiter les paramètres d'évaluations.

Dans la version originale de la grille de Calgary Cambridge, plus de 70 items évaluent l'ensemble des aspects de la relation entre médecin et patient. Ce nombre important de critères demande beaucoup de temps à l'évaluateur. Brannick a montré qu'une impression globale de la performance du candidat est susceptible de colorer toutes les évaluations pour ce candidat (35). L'évaluateur donne la plupart du temps une impression globale sur le chapitre étudié en attribuant la même appréciation à chaque sous-catégorie.

La grande majorité des maîtres de stage des universités utilise actuellement la grille réduite issue du guide Calgary-Cambridge (Annexe 3) pour l'évaluation de la communication de l'étudiant avec le patient. Cette grille moins exhaustive permet une notation plus rapide par l'évaluateur. Luc Côté a également établi une grille d'évaluation des compétences relationnelles pour les médecins généralistes reposant uniquement sur 15 items (Annexe 4).

1.2.4.3 Adapter l'évaluation à l'état psychique du patient

Le médecin a naturellement plus de facilité à exprimer de l'empathie envers des personnes malades, maltraitées ou tristes. La difficulté augmente lorsqu'il s'adresse à un patient agressif avec lequel il doit maîtriser son anxiété. La communication du médecin doit être adaptée à la situation clinique de son patient. Il doit adapter ses questions à l'état émotionnel de son patient. Par exemple, la fermeté dont le médecin doit faire preuve face à un patient maniaque est totalement inappropriée face à un patient dépressif.

Hodges a suggéré d'adapter la liste de contrôle pour prendre en compte cette communication spécifique. Il s'est avéré que cette nouvelle façon d'évaluer les compétences spécifiques en communication était plus indépendante des performances cliniques du médecin que le jugement sur la communication globale décrite par la Déclaration de consensus de Kalamazoo. Face à ce constat, Hodges a proposé que certains paramètres de communication globale tel que « montre de l'empathie » ou « répond aux questions émotionnelles » sont la proie d'un effet de Halo.

1.2.4.4 Effet de Halo

Ce terme a été employé pour la première fois en 1920 par le psychologue Edward L. Thorndike. Il a demandé à des officiers supérieurs de l'armée d'évaluer leurs subordonnés selon quatre critères distincts : physique, intelligence, leadership et caractère personnel. Il a remarqué que chaque paramètre était estimé quasiment à niveau égal pour chaque individu alors qu'on s'attendait à des résultats moins homogènes. Ce constat a permis d'introduire le concept d'effet de Halo qui consiste en la réalisation d'une généralisation erronée à partir d'une seule caractéristique ou qualité d'une personne. Il s'agit d'un biais cognitif fondé sur l'interprétation sélective d'informations allant dans le sens d'une première impression ressentie. L'évaluation des compétences en communication par l'examineur est plus subjective et donc plus idiosyncrasique au juge. Cet effet de Halo peut considérablement nuire à la capacité à faire des évaluations précises.

1.3 Recherche de critères objectifs pour l'évaluation des compétences en communication

Hodges a montré que les bonnes compétences cliniques du médecin pouvaient fortement induire, chez l'évaluateur, un sentiment de bonne capacité d'empathie et de compréhension du patient. En testant ces items de communication spécifique, il a constaté un jugement moins corrélé aux compétences thérapeutiques. Il a donc réussi à détourner l'évaluateur de son impression globale du médecin auditionné pour obtenir une évaluation plus objective des compétences en communication.

En s'appuyant sur cette réflexion, nous avons cherché à établir des critères objectifs et spécifiques d'une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient, en évitant tout jugement qui fait appel au ressenti d'une émotion tels que les items « montre une confiance appropriée », « ne s'érige pas en juge », « utilise l'empathie » figurant dans le guide de Calgary-Cambridge (Annexe 2). Toutefois, nous avons voulu tester des items d'évaluation applicable à tous les entretiens afin de se rapporter par la suite à une grille d'évaluation commune à tous les étudiants.

Nous nous sommes référées à un ouvrage connu des étudiants en psychiatrie : « La conduite de l'entretien » de Shea. Wiens et al. ont élaboré des méthodes d'analyse des caractéristiques temporelles du discours, fondées sur trois variables discursives : la durée de l'énoncé (DDE), le temps de latence de la réponse (TLR), et le pourcentage d'interruptions. Ces trois éléments permettent de déterminer avec davantage d'objectivité l'efficacité de l'entretien. D'autre part, les canaux de communication non verbaux améliorent également l'engagement. Parmi eux, on retrouve la proxémique, la gestuelle, le paralangage.

Micoulaud-Franchi s'est intéressé au sujet, dans son article français en 2016, afin de présenter un modèle médical pratique pour un recueil sémiologique et détailler les compétences relationnelles requises du médecin. Il souligne que cet apprentissage à l'établissement d'un processus d'engagement peut s'aider de manière idéale des nouvelles méthodes de pédagogie, notamment la simulation en santé (2).

L'enseignement de l'UEPP, proposé à la faculté de médecine de Nancy, a pour objectifs de familiariser les étudiants de deuxième cycle avec les bases de la psychologie médicale et de tenter de donner des outils face à des situations concrètes, telles que la prise en charge d'un patient agité, ou confronté à une maladie chronique ou l'annonce d'une maladie grave.

Les intervenants principaux étaient composés de médecins psychiatres. Les enseignements théoriques étaient illustrés par des jeux de rôles mettant en scène les étudiants et les intervenants (Annexe 5).

Une première étude, l'an dernier, réalisée par le Dr Guillaume BOURGEOIS, faisant l'objet d'une thèse en médecine, avait évalué, à partir de cette même population, la satisfaction des étudiants concernant cet enseignement et l'outil de simulation pour l'apprentissage de la psychologie médicale. Ainsi que la recherche d'une amélioration des étudiants dans le domaine de la relation médecin-patient jugée sur l'évolution de l'empathie ressentie par le patient-simulé et de son acceptation de la proposition médicale. Ces données avaient été recueillies par l'intermédiaire de questionnaires remplis par le patient standardisé et les étudiants.

Comme l'annonce tout notre préambule, notre préoccupation est de fournir des critères d'évaluation de la communication médecin-patient fiables, valides et reproductibles pour les étudiants en médecine. C'est ce que nous désirons évaluer à travers notre travail.

Assessment of medical students' communication skills in medical simulation

M.MILAZZO, G. GURTNER-GRIFFATON, C. PHAM-DINH, H. HANI, F. LIGIER

Soumis le 11 juin 2017, à la revue « Medical Education »

ABSTRACT

Background:

Although communication is developing as a subject within medical schools, there is still no 'gold standard' for evaluating such skills in this context. This research aims to assess the reliability, validity and significance of verbal and non-verbal criteria in the therapeutic alliance for assessing communication skills.

Method:

Ten students enrolled on a medical psychology module took part in two simulation sessions at the start and end of their training, using the same scenario. Two investigators watched the films of the clinical situations and each measured a series of parameters for verbal signals (duration of speech, number of interruptions, acceptance of the examination) and non-verbal signals (Number of times tone of voice raised, nervousness, proxemics, posture).

Results:

The variables relating to speech duration, the number of times the voice was raised, acceptance of the examination, nervousness of the patient and the doctor's proxemics showed a significant development between the two sessions, while maintaining good inter-rater reliability.

Conclusion:

A significant improvement can be seen in the students' communication skills between the first and second sessions. The criteria used to assess these skills are mainly valid and reliable. It would be interesting to use these parameters to evaluate the development of medical students' communication skills in future.

KEYWORDS

Communication skills, Clinical Education, Evaluation/assessment of Clinical Performance, Physician/Patient Relationship

INTRODUCTION

Doctor-patient communication has become a pivotal issue in medicine today. Society expects more humane doctors who communicate better with patients. Moreover, doctors' communication skills have a significant impact on patient care and correlate with improved results in healthcare.

Research in this area has made great progress over recent decades. Key factors have been identified in teaching and learning effective professional communication in healthcare (1). There is consensus on some elements among experts in this area (2,3). This general recognition of the importance of improving doctor-patient communication and the evidence that this can be taught have contributed to various new training initiatives in medical schools worldwide (4–6). There are various approaches to teaching the art of communication (7).

Learning the complex skill of communication (how to act, what to do and how to be) requires repeated practice in situations similar to the future professional environment. To this end, objective structured clinical exam (OSCE) methods are widely used to assess communication skills (8).

Despite progress in this area, the measurement tools used to assess communication skills remain very varied, which limits the comparability and effectiveness of assessments. We note that there is still no 'gold standard' that is recognised and used to study these skills. At the international level, at least three analysis frameworks are recognised and used in a global context: Rother's Interaction Analysis System, MAAS-Global and the Calgary-Cambridge Observations Guides. These tools were helpful in providing information on educational strategies for communication skills but were neither created nor valid for assessing students (9). Other difficulties with the current assessment methods include the exhaustive nature of the evaluation parameters, which proves highly time-consuming for the assessor. Brannik showed that this method was also constrained by the assessor's subjective viewpoint: their overall impression of the candidate came to affect the whole evaluation (10). Additionally, the scenario chosen added a further difficulty. In some scenarios, looking for excessively wide communication parameters like 'showing empathy' was therefore subject to the halo effect. This cognitive bias leads to

selective interpretation and perception of information which, in this context, could skew the assessment of the student's specific skills (11).

According to Wiens et al., temporal variables for speech (latency period, duration of utterance and percentage of interruptions) could give a more objective view of the interview's effectiveness. Furthermore, non-verbal elements such as proxemics and body language are also variables that should be taken into account for the quality of the exchange between the patient and caregiver (12).

We wanted to Study the latter assessment criteria, which we used in the context of teaching medical psychology to a population of medical students. The aim was to test the reliability, validity and significance of these evaluation criteria, so we could suggest other means of evaluating doctor-patient communication within our medical school.

METHODS

Population

Ten students, in the 3rd, 4th and 5th years of medicine, taking an optional module in Medical psychology.

Procedure

This research was carried out at the simulated medical training center (CUESim) at the University of Lorraine, medical faculty in Nancy, France.

The simulated situation had been tested by the teachers themselves before being presented to students. The simulation involved two actors: an emergency doctor played by a psychiatrist and a patient played by an experienced psychiatric nurse, who had previously learned the patient's biography and medical history.

The clinical situation to be resolved was to calm down an agitated, confrontational 20-year-old patient who had been taken to the accident and emergency department

after a road traffic accident. This patient was refusing to wait for a further examination. The room at CUESim where the medical simulation was held accurately reproduced the features of an emergency examination room. The student played an on-call emergency medical resident and did not know the scenario in advance.

Before meeting the patient, the student benefited from communication with the emergency doctor on the clinical situation.

In addition to the clinical and biographical information available, the standardized patient had to seem agitated and not want to wait for a medical imaging test requested by the neurologist. The radiologist had indicated the wait would be around an hour. The impulsive, restless patient wanted to leave as soon as possible to meet his girlfriend at a concert. Excluding any violence, the actor could do what he wanted, including ending the interview early by leaving if he felt this was justified.

After their visit, the students benefited from individual and group debriefing.

The first session took place after the students had had an initial lesson on starting the relationship with the patient and a second lesson on handling an agitated patient. During the second lesson, an external trainer helped teach 'ensuring safety at the start of the relationship'.

A further simulation of the same situation was offered at the end of the course, during the last lesson of this module.

Data collection

Material studied

The medical simulation interviews were filmed and recorded. They were then studied using the audiovisual recordings. Two researchers carried out data collection independently, to ensure inter-rater reliability.

Evaluation criteria

Among the verbal signals, we studied:

- a. Duration of utterance (DOU), which is the duration of the patient's speech in reply to a question;
- b. Response latency period (RLP), which is the time taken for a patient to reply to a question;
- c. The number of interruptions, which is the number of times the patient interrupts the doctor

The temporal unit selected to measure the temporal variations was seconds.

Among the non-verbal signals, we used:

- a. Proxemics, which is the interpersonal distance between the doctor and patient, and their orientation opposite each other. To do this, we made a qualitative assessment of an appropriate overall interpersonal distance.
- b. Body language, which covers all the stances of the doctor and patient. We divided this criterion into two parts:
 - Signs of nervousness by the patient and doctor
 - The general posture of the patient and doctor.

The actor playing the patient had to appear nervous and confrontational at the start of the interview. This is why we only evaluated the nervousness and posture of the patient at the end of the interview.

- c. Paralanguage, which we measured as sound intensity and in quantitative terms (number of times the patient raised his voice or shouted).

To assess the first two criteria for evaluating verbal communication, we used ELAN software, which enables measurements to be taken from audiovisual resources. To analyse non-verbal behaviour, we looked at all the videos without sound, to avoid being influenced by the conversation.

Statistical methodology

We carried out comparative statistical analysis in order to meet our main objective. The quantitative values are described by their mean and standard variation, qualitative variables as a percentage.

Comparisons were made using Student's t test for the quantitative variables and chi 2 for qualitative variables. To assess inter-rater reliability, we used the interclass correlation coefficient (ICC) for quantitative values and Cohen's kappa for qualitative variables.

The statistical analysis was carried out using SAS 9.3® software.

RESULTS

Quantitative variables

The metrics for the quantitative variables showed good inter-rater reliability for the measures of tone of voice, total speech duration for the patient during the interview, number of exchanges, time taken to accept the examination and total length of the interview, with an ICC above 0.7 (Table 1)

Table 1: ICC of quantitative variables measured

Quantitative variables	ICC
Number of times voice raised	0.75
Total speech duration for the patient during the interview	0.98
Number of exchanges between doctor and patient	0.81
Number of interruptions by the patient	0.26
Time taken before acceptance of the examination	0.79
Total length of the interview	0.99

Between session 1 and session 2, the total speech duration for the patient fell significantly ($p = 0.0004$) and the median duration went from 214 seconds to 144 seconds (Figure 1). The number of times the patient raised his voice also fell significantly between the first and second sessions ($p = 0.0014$); the median total number of times the voice was raised went from 5 to 2 (Figure 2).

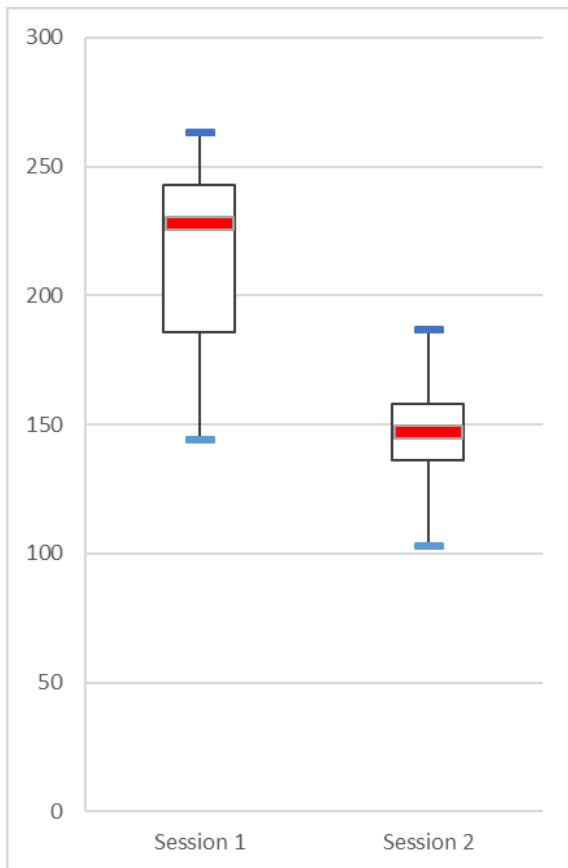


Figure 1: Total speech duration for the patient during the first and second session

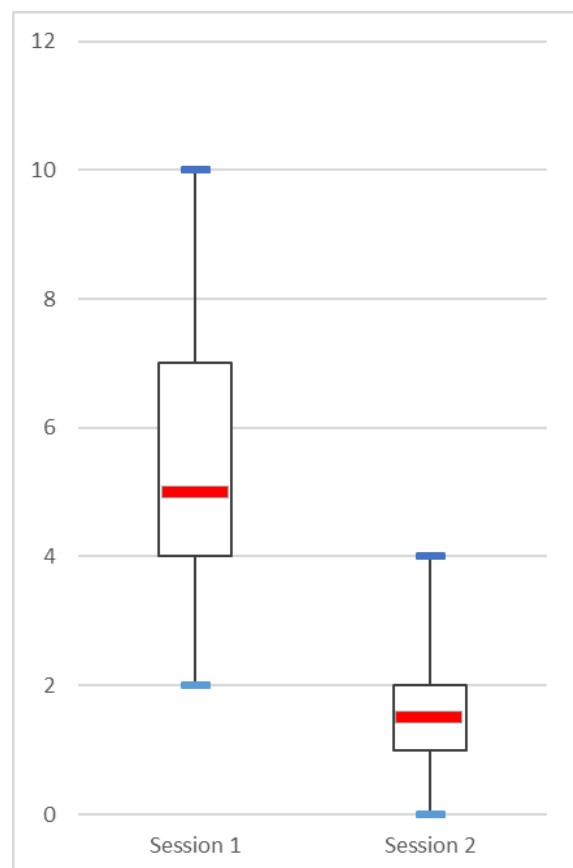


Figure 2: Number of times tone of voice raised during the first and second session

Qualitative variables

The metrics for the qualitative variables shown in Table 2 indicated:

- very good inter-rater reliability for the patient's acceptance with Cohen's kappa above 0.81
- good reliability for the patient's nervousness with Cohen's kappa between 0.61 and 0.80

- reliability for the average evaluation of proxemics and the doctor's nervousness, with Cohen's kappa between 0.41 and 0.60
- low reliability for assessments of doctor/patient postures.

Table 2: Cohen's kappa for the qualitative variables measured

Qualitative variables	Cohen's kappa
Patient's acceptance	0.82
Patient's nervousness at the end of the interview	0.7
Proxemics (overall doctor/patient interpersonal distance)	0.57
Doctor's nervousness	0.43
Doctor's posture	0.2
Patient's posture	0.28

The patient was significantly more open ($p = 0.0003$) in his acceptance of the examination in the second session, with no refusal of the examination in this session (Figure 3). His level of nervousness fell significantly between the first session and the second session ($p = 0.0001$), at which he showed excess nerves in less than 5% of interviews.

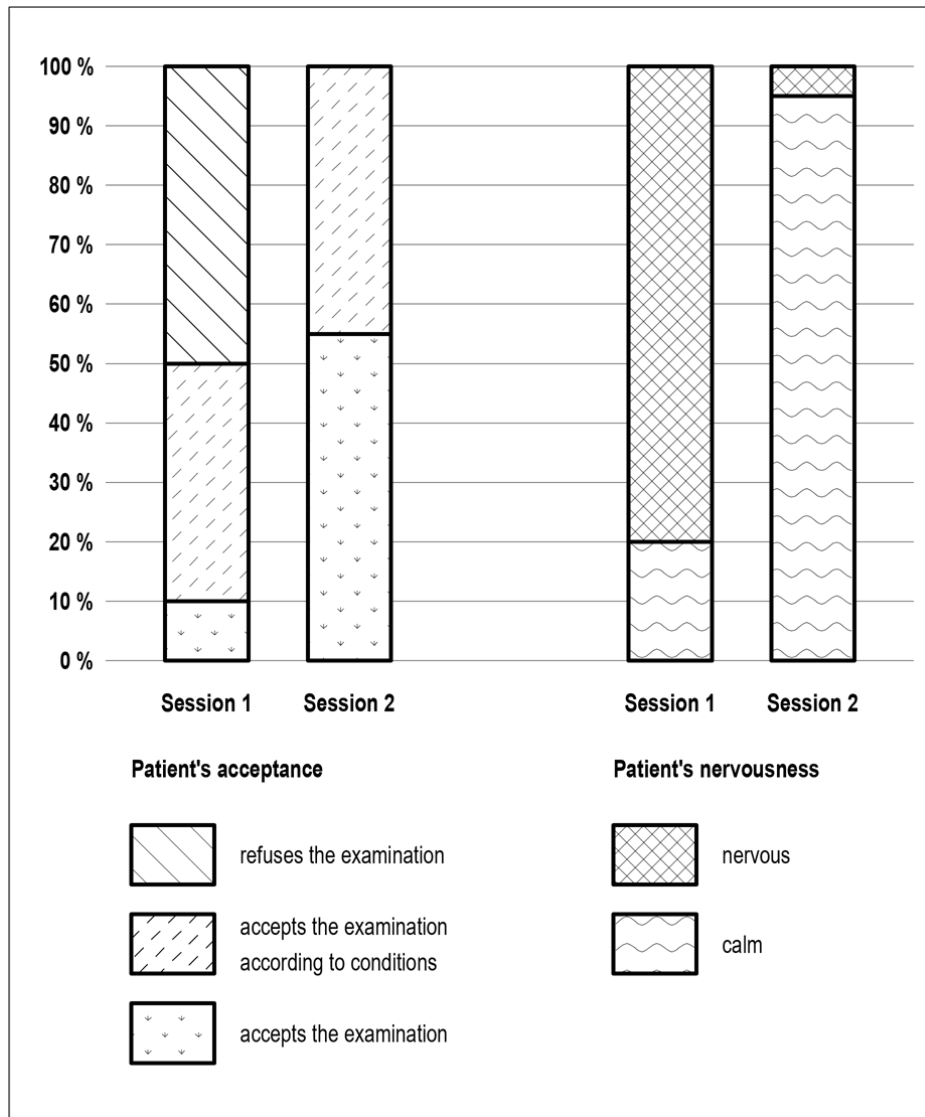


Figure 3: Patient's acceptance and nervousness at the end of the interview during the first and second sessions

Proxemics were judged to be significantly ($p = 0.0007$) more appropriate in the second session with no inappropriate interpersonal distance when the doctor attended the second time. The doctor showed significantly fewer ($p = 0.02$) signs of nervousness during the second visit with significant nervousness below 5% on the second occasion compared with 40% at the initial interview (Figure 4).

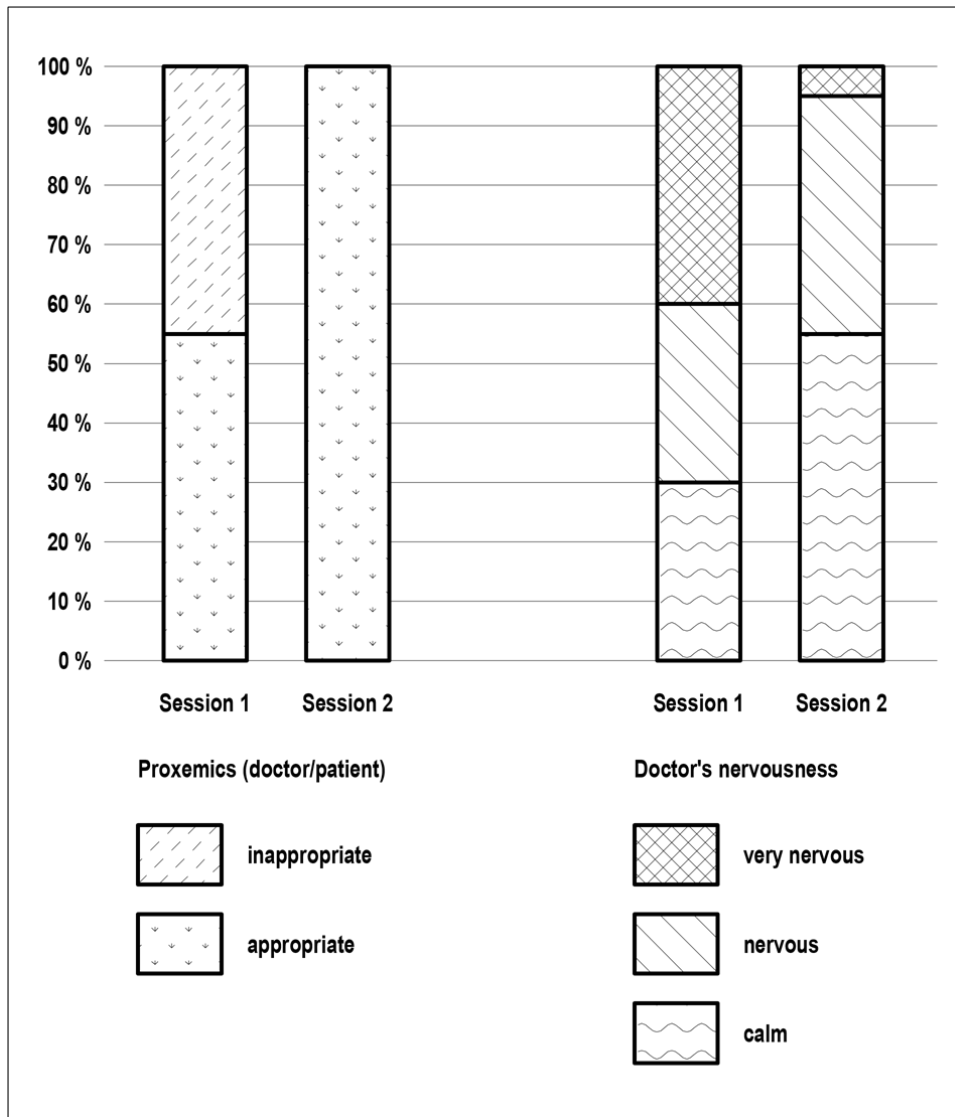


Figure 4: Proxemics of the doctor in relation to the patient and their nervousness during the interview in the first and second sessions

DISCUSSION

For most criteria, a significant improvement can be seen in the students' communication skills between the first and second sessions. The significant improvement in the patient's standardized acceptance of the examination and his calm during the second session correlates with a change in the temporal analysis criteria for speech (lower DOU and fall in the number of interruptions). This change is in line with Shea's observations, which show that during a difficult conversation, with an anxious or nervous patient, the DOU is high, with a low latency period, frequent interruptions and significant body language (9). Additionally, as regards non-verbal

behaviour in the second session, a fall is seen in the number of times the patient raised his voice and signs of nervousness in the patient and doctor, and the interpersonal distance is more appropriate. We can therefore conclude here that the student's better adaptation in the second session enabled changes in the various parameters studied. Therefore, analysis of these verbal and non-verbal approaches gives an idea of the strength of the commitment and the alliance of the therapeutic relationship. Acquiring and developing these varied skills can help tomorrow's doctors learn how to consciously adapt their style of interaction. Moreover, it is interesting to emphasise, given that we are in the field of evaluation, that inter-rater reliability for assessing these criteria seems to be upheld overall. The quantitative criteria, apart from the number of interruptions, are indeed reliable. This reliability is found in the qualitative parameters, such as the patient's acceptance of the examination, the patient's nervousness at the end of the interview, the doctor's nervousness and proxemics, which make these criteria useful for assessment as they can be reproduced.

However, this study does have its limits. First and foremost, its representativeness is weighed down by the small sample of students and the skills assessment is based on a single scenario. On the latter point, Hodges suggested that the feasibility of a communication skills assessment would depend on the difficulty of the contents of the scenario presented (11). The scenario chosen here does not in fact enable measures of latency period to be used. These results would seem linked to a scenario that is not suited to measuring latency periods above or equal to 5 seconds. Similarly, Shea notes that RLP depends on both the type of interview (open-ended, closed etc.) and the patient's psychopathology (12). For cases of open-ended interviews with a nervous or anxious patient, which best defines our type of interview, RLP is considered low. This therefore raises questions about adapting some items in line with the scenario presented. The same problems arise with regard to insufficient inter-rater reliability for the number of interruptions, given the hyperactive state of the standardized patient in the clinical case chosen. Moreover, the complexity and the high level of non-verbal interaction made it difficult to isolate and measure the following variables: the posture of the doctor and patient. Inter-rater reliability is indeed weak for these parameters. In general, the qualitative variables are influenced by the examiner's subjective viewpoint. In addition, forming an overall impression of

an open or closed posture (i.e. in a binary way) would seem to be influenced by the verbal information gathered in the first stage of the research. This risk could potentially be reduced by starting with the analysis of non-verbal interaction. Furthermore, it would be potentially interesting to reuse the same parameters with a different evaluation methodology, such as a Likert scale, to try to reduce subjectivity in these parameters.

To take this further, the temporal variables studied could have been applied to the clinician's discursive patterns as Shea suggests (12), to drawing up sub-groups based on gender and year of study, in order to help answer further questions about the variables that could help improve students' skills. Some studies already support a significant difference according to gender (13), whereas others do not show a marked difference (14,15).

Finally, we could not determine whether the improvement in student performance would be maintained over time. It would be interesting to re-evaluate these subjects at some remove from their learning experience in order to assess how these skills were consolidated (15). Some studies do in fact show that communication skills could decline if they are not used (1).

In any case, we would support a combination of different teaching methods, bringing together theory and practice, in order to nurture communication skills among medical students.

Further studies could be relevant in order to extend the results across a wider group of students and other scenarios. Our research also showed that communication skills could be assessed using a less exhaustive list of items than the communication skills matrices established in the literature (8,16).

In conclusion, we examined the fundamental verbal and non-verbal signs that are the basis of all communication. They are an integral part of doctor-patient relationships. The variables studied relating to speech duration, the number of times the voice was raised, acceptance of the examination, nervousness of the patient and proxemics showed a significant development between the two sessions, while maintaining inter-rater reliability. Using the given criteria, we showed a positive development of communication skills among medical students at the Nancy faculty using medical simulation interviews. The reliability, validity and significance of the vast majority of

the parameters assessed supports wider application of these evaluation criteria for medical students' communication skills. These results tend to support the positive impact of learning medical psychology and to encourage further use of these criteria in other research within our school.

REFERENCES

1. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 2004 May;5(2):110–26.
2. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2001 Apr;76(4):390–3.
3. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991 Nov 30;303(6814):1385–7.
4. Losh DP, Mauksch LB, Arnold RW, Maresca TM, Storck MG, Maestas RR, et al. Teaching inpatient communication skills to medical students: an innovative strategy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2005 Feb;80(2):118–24.
5. Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Educ Couns*. 2014 Sep;96(3):411–8.
6. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhous I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns*. 2010 Nov;81(2):259–66.
7. Odhayani AA, Ratnapalan S. Enseigner l'art de la communication. *Can Fam Physician*. 2011 Oct 1;57(10):e398–400.
8. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJB. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015 Jun 27;
9. Setyonugroho W, Kropmans T, Kennedy KM, Stewart B, van Dalen J. Calibration of communication skills items in OSCE checklists according to the MAAS-Global. *Patient Educ Couns*. 2016 Jan;99(1):139–46.
10. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores: Reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ*. 2011 Dec;45(12):1181–9.

11. Hodges B, Turnbull J, Cohen R, Bienenstock A, Norman G. Evaluating communication skills in the objective structured clinical examination format: reliability and generalizability. *Med Educ*. 1996 Jan 1;30(1):38–43.
12. Shea shawn christopher. *psychiatric interviewing: The art of understanding*, 2nd edition.
13. Wright KB, Bylund C, Ware J, Parker P, Query JL, Baile W. Medical Student Attitudes Toward Communication Skills Training and Knowledge of Appropriate Provider-Patient Communication: A Comparison of First-Year and Fourth-Year Medical Students. *Med Educ Online*. 2006 Dec;11(1):4594.
14. Lee Y-M, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean J Med Educ*. 2014 Sep;26(3):179–87.
15. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Étude préliminaire des effets à court et long terme d'un dispositif de formation à la communication d'une mauvaise nouvelle. *Pédagogie Médicale*. 2013 Aug;14(3):187–201.
16. *Talking Tools II - Putting communication skills to work: Resource Booklet*. Health Canada; 2001.

3 Discussion et perspectives

3.1 Résultats et objectifs atteints

Le but de notre travail était d'étudier la fidélité et la validité de critères verbaux et non verbaux permettant d'évaluer les compétences en communication d'étudiants en médecine. Nous souhaitons traduire par des variables objectives le niveau de communication entre le médecin et son patient. Ces paramètres d'évaluation devaient être reproductibles.

Les résultats obtenus mettent en évidence que cinq critères d'évaluation présentent les qualités désirées, à savoir :

- la durée des énoncés du patient
- le nombre de hausses de ton du patient
- la nervosité du patient
- la nervosité du médecin
- la proxémique médecin-patient.

Ces cinq items peuvent constituer une base de notation pour attribuer un niveau de compétence en communication de l'étudiant. Nous noterons aussi que les résultats indiquent une meilleure acceptation de l'examen du patient lors de la deuxième session. Ce résultat témoigne à lui seul de la maîtrise des compétences en communication de l'étudiant. Cependant, cet unique paramètre ne permet pas de distinguer quelle capacité spécifique il a acquis. La prise en compte de ce paramètre nous intéresse plus particulièrement ici, venant confirmer l'amélioration des compétences en communication des étudiants lors de la deuxième session.

3.2 Concordance avec les résultats de l'étude précédente, réalisée à la faculté de médecine de Nancy

En janvier 2017, le Dr G. Bourgeois a soutenu sa thèse d'exercice à la faculté de médecine de Nancy, s'intitulant « La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéenne utilisant la simulation » (26). Notre étude a été réalisée à partir de cette même population d'étudiants.

Parmi les critères étudiés dans son étude, le critère secondaire était celui d'évaluer l'amélioration des étudiants dans le domaine de la relation médecin-patient jugée sur l'évolution de l'empathie ressentie par le patient simulé et son acceptation à la proposition médicale, par l'intermédiaire de questionnaires.

Les résultats mettaient en évidence une amélioration de l'empathie ressentie par le patient simulé ainsi qu'une différence significative de l'adhésion du patient simulé à la proposition médicale entre les deux sessions. Ceux-ci montrent une concordance avec les résultats de notre étude sur les améliorations identifiées entre les deux sessions, à travers cette fois ci, l'évaluation de paramètres mesurables, significatifs et fiables.

3.3 L'évaluation de la communication verbale

3.3.1 La durée de l'énoncé (DDE)

L'analyse de cette variable à l'aide de notre programme informatique permet d'avoir un résultat objectif de l'efficacité de l'entretien par une mesure temporelle des énoncés du patient et présente une très bonne fidélité inter juge. Les résultats obtenus indiquent que la durée de l'énoncé du patient a diminué de manière significative à la deuxième session. La réussite de cet item se traduit par une durée de l'énoncé du patient courte. La notion de DDE doit toutefois être utilisée de manière spécifique à chaque situation. En effet, l'étude menée par Hirono Ischikawa (36) avait souligné l'importance du taux de parole qui devait être équivalent entre le médecin et son patient. Le scénario de l'ECOS mené par cette étude japonaise présentait à l'étudiant un patient souffrant d'hypertension artérielle modérée décelée lors d'un bilan de santé. Nous percevons ici l'influence du scénario dans les résultats

observés. Face à un patient calme dont l'incidence de la pathologie est modérée, la durée de l'énoncé du patient devra être proche de celle du médecin afin d'obtenir la meilleure alliance possible. L'étude ajoute même que l'intensité de leur voix respective doit avoir le même volume sonore.

Toutefois, Shea mentionnait dans son ouvrage que les « personnes souffrant d'anxiété, d'hypomanie ou d'histrionisme » présenteront un discours qui « aura tendance à errer, avec une DDE longue, un temps de latence à la réponse très bref et de fréquentes interruptions ». Cette description est parfaitement en accord avec notre patient agité et anxieux à l'idée de ne pas pouvoir assister à son concert. Il a tendance à errer dans ses discours, écartant toutes pathologies suspectées. L'étudiant doit orienter l'entretien vers le contenu principal et ses enjeux, ce qui implique de diminuer les égarements du patient et donc sa DDE.

Nous précisons toutefois que, dans le cas spécifique de notre scénario, cette notation a plus de sens après les trois premières minutes de l'entretien. Les premières minutes sont en effet requises pour se tenir informé de l'état du patient et de ses attentes. Il est nécessaire d'avoir ici une DDE suffisante pour le recueil de ces informations. L'objectif de la DDE courte intervient une fois que le médecin informe le patient de l'attente de l'examen d'imagerie médicale.

3.3.2 Les temps de latence de la réponse (TLR)

Cet item n'a pas pu être observé dans notre scénario en raison de l'état d'agitation de notre patient. Nous n'avons pu mesurer aucun temps de latence supérieur ou égal à cinq secondes. Shea précise que cet item s'applique dans un scénario où le patient est « défensif ou soupçonneux ». Ce dernier prendra alors « son temps avant de répondre (TLR long) ». Afin de pouvoir se prononcer sur la prise en compte ou non de cet item, il faudrait donc l'étudier avec un autre scénario.

3.3.3 Le nombre d'interruptions

Cet item n'a pas pu être observé de manière fidèle entre les deux évaluateurs. Lors de la première session, certains étudiants ne parviennent pas à apaiser le patient et essaient de le raisonner en l'interrompant dans ses errances. Le discernement d'une interruption est alors coté de manière trop peu fiable en raison d'une succession d'interruptions ou d'énoncés simultanés entre le patient et le médecin. Par conséquent, de nombreuses différences de cotations sont observées lors de cette première session rendant cet item non validant.

En outre, certains étudiants présentaient également des temps de latence dans la formulation de leur énoncé pour développer leurs arguments. Dès lors, il devient trop compliqué de distinguer si l'étudiant avait terminé ou non sa phrase avant le nouvel énoncé du patient. L'intensité sonore de l'énoncé pouvait aussi prêter à confusion car certains étudiants ne baissaient pas la tonalité de leur phrase pour indiquer clairement qu'ils avaient terminé leur énoncé. Pour ces raisons, nous jugeons que cet item n'est pas assez fiable pour être retenu dans une prochaine étude.

3.4 L'évaluation de la communication non verbale

3.4.1 La proxémique

La proxémique est appropriée lorsqu'elle respecte une distance comprise entre 1,20 m et 2 m. Cette distance a été reprise dans l'ouvrage de Shea qui nous indique les quatre types de distances interpersonnelles définies par Hall : distances intimes, personnelles, sociales et publiques. La proxémique s'est avérée être un critère fidèle. Le taux de réussite de cet item a été de 100 % à la deuxième session. Cet item a l'avantage d'être rapidement assimilé par l'étudiant. C'est donc un premier pas simple pour améliorer ses compétences en communication.

Il faut toutefois préciser que cette distance interpersonnelle dépend du facteur ethnique du patient. « Sue et Sue rapportent que les Latino-Américains, les Africains et les Indonésiens parlent plus près de leur interlocuteur que les Anglo-Saxons » (1). Son utilisation nécessite donc une approche spécifique au contexte.

3.4.2 La gestuelle

3.4.2.1 *Les signes de nervosité du médecin et du patient.*

Les signes de nervosités du médecin et du patient sont des paramètres qui ont été jugés de manière fidèle avec une évolution significative. Dans notre cas, la nervosité du médecin se traduisait essentiellement par des gestes d'auto-toucher tandis que le patient exprimait sa nervosité par une agitation vive de ses membres.

Nous rappelons ici que le patient se présente agité au début de l'entretien, l'évaluation de sa nervosité devait donc se centrer sur la fin de l'entretien afin de constater le maintien ou non de cette nervosité. Il apparaît aussi que la nervosité du patient agit par réciprocité avec celle du médecin comme l'indique Ishikawa dans son étude en soulignant que la dynamique de l'interaction implique des processus de réciprocité et de compensation (36).

Ishikawa reconnaissait aussi que la nervosité du médecin qu'il formule par l'item « self touching » avait une influence sur le taux de satisfaction du patient standardisé. Dans son étude, celle-ci était liée aux autres compétences cliniques de l'étudiant. Ce dernier se sachant évalué, pouvait avoir des réactions d'anxiété plus marquées s'il était en difficulté dans sa démarche diagnostique. Or, un des objectifs de l'évaluation des compétences en communication est d'évaluer l'étudiant indépendamment de ses compétences diagnostiques et thérapeutiques.

Le scénario de notre étude n'exigeait pas de connaissances cliniques particulières à l'étudiant, qui devait simplement expliquer au patient les raisons du délai d'attente de l'examen. La nervosité du médecin pouvait être interprétée comme étant le reflet de ses difficultés à établir une alliance avec le patient. Cet item, fiable, est retenu pour évaluer les compétences en communication des étudiants.

3.4.2.2 *La position globale du médecin et du patient*

Nous avons obtenu une fidélité très faible pour cet item. L'item position globale offre probablement un spectre trop large d'évaluations puisque nous y associons le regard fuyant, les mains dans les poches et la tête baissée. Ishikawa nous avertit que la notation globale de la communication non verbale plutôt que la notation d'un comportement spécifique peut restreindre l'efficacité de la notation (34). Dans son étude effectuée sur une population japonaise, il avait distingué le regard et la posture du médecin en deux items. Il avait alors démontré que le médecin devait regarder son patient aussi bien en lui parlant qu'en l'écoutant afin d'établir une bonne alliance thérapeutique. Quant à la posture, cette dernière n'avait qu'une influence limitée sur la qualité de la relation médecin-patient. Il nuance toutefois ce résultat comme étant spécifique à la population japonaise communiquant peu par la gestuelle.

De plus, lors de certains entretiens, le médecin pouvait soutenir le regard du patient tout en ayant les mains dans les poches. Nous avons dans ce cas à la fois une position ouverte et fermée selon nos critères de jugement. La notation de cet item dépend ainsi du critère que l'évaluateur juge le plus important. Dans le cas de forte hésitation, l'évaluateur pouvait s'appuyer inconsciemment sur la communication verbale analysée en premier dans notre méthodologie.

Afin de réévaluer ce paramètre, en ôtant le biais lié à la connaissance du contenu des échanges, nous avons recueilli ces données à partir d'autres entretiens simulés. Nous avons ainsi observé d'autres étudiants ayant été soumis au même scénario, interprété par un autre acteur. Nous avons précédemment redéfini ce critère avec un troisième observateur et la concordance était améliorée. Néanmoins, en reprenant une seconde observation, dans notre étude, de la position globale du médecin et du patient, les résultats restaient disparates et différaient pour un même investigateur entre les deux visionnages. Lorsque les signes recherchés de position « ouverte ou fermée » sont considérés comme simples à repérer, les résultats obtenus concordent facilement. Au contraire, la complexité et la multiplicité des signes non verbaux pendant l'échange médecin-patient conduisaient à des différences plus marquées entre les deux investigateurs. Notre observation a été influencée

indirectement par le contenu de l'échange médecin-patient connu à l'avance. On constate donc que l'effet de Halo est non négligeable pour le recueil de cette variable.

Pour améliorer la fiabilité de cet item, il serait intéressant de l'évaluer en le dissociant en deux catégories. La première catégorie serait d'évaluer si l'étudiant regarde le patient uniquement lorsqu'il lui parle ou bien de manière égale lorsqu'il lui parle et l'écoute. La deuxième catégorie serait d'évaluer la posture du médecin et du patient selon une échelle de Likert, afin de tenter de réduire la subjectivité de ce paramètre. Nous pourrions la définir sur ces trois niveaux :

- une posture ouverte (tronc droit orienté vers son interlocuteur),
- une posture semi-ouverte
- une posture fermée sur la totalité de l'entretien (bras croisé, tête baissée).

Afin d'être totalement indépendant du contenu verbal, il serait intéressant de commencer par l'analyse de cet item, en l'absence de son.

3.4.3 Le paralangage

« Le paralangage étudie la façon dont les messages sont transmis et concerne des éléments comme le ton de la voix, son intensité, son timbre, et la fluidité verbale » (1). Nous avons choisi pour notre part de nous centrer sur l'intensité de la voix en analysant le nombre de hausses de ton du patient. Cet item s'est révélé fidèle et significatif.

3.5 Les difficultés d'établir une référence unique d'évaluation

3.5.1 Une évaluation dépendante du contexte.

Notre étude vient confirmer les travaux de Hodges et d'Ishikawa. Le premier insistait pour que la communication verbale soit adaptée à l'état psychique du patient, le second affirmait que l'évaluation de la communication non verbale doit être effectuée dans le contexte de la situation clinique. Dans notre cas, le TLR n'a pas pu être observée face à un patient agité.

3.5.2 Une évaluation dépendante d'un facteur ethnique.

Shea et Ishikawa avertissent l'un et l'autre que la communication non verbale est interprétée différemment en fonction des ethnies. Il en est ainsi de la position du tronc. Shea révèle que les étudiants américains préfèrent un angle de 5° à 10° par rapport à une médiane pour avoir un sentiment de confort. Dans l'étude d'Ishikawa, les patients ont le sentiment d'une meilleure écoute lorsque le médecin est directement face à eux. Cet exemple illustre l'influence du facteur culturel dans l'interprétation de la communication non verbale.

3.6 Impact de cette évaluation sur l'étudiant

3.6.1 Interprétation de l'évaluation par l'étudiant

Les critères de jugement permettant d'évaluer l'étudiant doivent également permettre à ce dernier de prendre conscience de ses lacunes afin de pouvoir les corriger. Si nous reprenons le guide Calgary Cambridge, chaque item est évalué sur la présence plus ou moins prononcée du comportement. Lorsque l'étudiant a en main sa grille d'évaluation, il sait de manière directe ce qui a manqué dans l'entretien qu'il a effectué. Les critères qui posent des difficultés d'interprétation sont ceux qui font appel à des paramètres subjectifs, tels que : « Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patients » (annexe 2 : § IV-B-2 du guide Calgary Cambridge). Partant de cette difficulté, nous avons cherché à établir des paramètres objectifs et spécifiques d'une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient.

S'il est assez facile de prendre conscience d'une proxémique appropriée ou non, il est plus difficile de comprendre pourquoi avoir obtenu une bonne ou mauvaise appréciation sur les caractéristiques temporelles du discours que sont la durée de l'énoncé (DDE) et le temps de latence de la réponse (TLR). Pour être un système d'évaluation efficace, il faudrait associer une arborescence à chaque item observé en précisant les résultats attendus.

3.6.2 Vers la création d'un guide de référence pour mener les entretiens

Notre étude permet de connaître les résultats attendus face à un patient agité. Il est nécessaire de reproduire cette évaluation avec les modifications énoncées précédemment sur d'autres profils de patients afin d'établir un guide qui référencera les résultats attendus en fonction de leur état psychique.

3.6.3 La progression apportée à l'étudiant par ce système d'évaluation

L'assimilation des résultats à obtenir en fonction de l'état psychique du patient offrira un support de qualité à l'étudiant afin d'améliorer ses compétences en communication. Il sera capable pendant l'entretien de prêter attention à tous les prémices qui indiquent une faille de l'alliance thérapeutique (DDE, TLR, proxémique, nervosité, regard, posture). Ainsi, il sera directement en mesure d'adapter son discours s'il constate une déviation d'un de ces items par rapport à la moyenne souhaitée.

Cette évaluation viendrait compléter le guide Calgary-Cambridge. Ce dernier aide l'étudiant à structurer son entretien et lui indique la conduite à tenir pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions. L'évaluation des items de communication verbale et non verbale que nous avons développée lui permettront d'adapter son discours au contexte. Il aura ainsi un contrôle immédiat de son alliance thérapeutique avec le patient.

4 Conclusion

Aujourd'hui, il est établi que la communication médecin-patient est une compétence clinique essentielle qui permet de contribuer à améliorer le taux de satisfaction et l'état de santé du patient. Son amélioration est devenue fondamentale. La communication interpersonnelle réussie repose sur la maîtrise d'un répertoire de comportements communicationnels et une capacité d'adaptation aux différents interlocuteurs et aux différents contextes communicationnels.

Pour ces raisons émergent, depuis plusieurs décennies, diverses initiatives de formations à la communication médecin-patient dans les facultés de médecine à travers le monde. L'évaluation des habiletés en communication des étudiants en médecine fait l'objet de plusieurs études. Pour autant, ces évaluations restent complexes et aucune méthodologie universelle n'y est associée.

Partant de ce postulat, nous avons tenté de mettre en lumière des critères significatifs, fiables et reproductibles pour l'évaluation des compétences en communication.

A travers l'observation d'entretiens simulés, nous avons mis en évidence la pertinence de l'utilisation de certains critères verbaux et non verbaux pour l'évaluation des compétences en communication des étudiants en médecine. Les résultats ainsi obtenus présument de leur utilité dans l'évaluation de l'évolution de telles compétences.

L'enjeu serait de pouvoir poursuivre à une plus grande échelle et au travers d'autres scénarii l'utilisation de ces variables. Cette étude n'ambitionne pas d'être un outil de référence mais de venir enrichir les modalités d'évaluation des compétences de communication médecin-patient, compétence clé de notre profession.

Bibliographie

1. Shea SC. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension. Elsevier Masson; 2005.
2. Micoulaud-Franchi J-A, Geoffroy P-A, Amad A, Quiles C. Le boucher du Prince Wenhouei. De l'art médical du recueil sémiologique valide en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2016 Jun;174(5):402–9.
3. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. 2010 Nov 1;11(4):255–72.
4. Santé Canada. Outils de communication II: la communication efficace-- à votre service. Ottawa: Santé Canada; 2001.
5. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF, et al. [Perception of training in doctor-patient communication for students at faculty of medicine]. *Rev Med Brux*. 2012 Dec;33(6):525–30.
6. Balez R, Berthou C. Un entraînement de groupe systématique à l'annonce du cancer dans le cursus des études médicales; analyse qualitative d'un retour d'expérience. *Psycho-Oncol*. 2013 Dec;7(4):250–7.
7. Denis-Delpierre N, Mallet D, Gallé-Gaudin C, Hirsch G. Apprentissage de la compétence relationnelle des internes en soins palliatifs : expérience pédagogique. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2016 Jun;15(3):115–26.
8. Ibrahim T, Maalouly G, Nemr E, Haddad E, Yazbeck C, Haddad F. Étude préliminaire des effets à court et long terme d'un dispositif de formation à la communication d'une mauvaise nouvelle. *Pédagogie Médicale*. 2013 Aug;14(3):187–201.
9. Mantz J-M, Wattel, Francis. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 10]. Available from: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/361994/>
10. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine - Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale*. 2011 Feb 1;12(1):37–48.
11. inter. Guide l'apprentissage par compétences ou comment mieux appréhender les évaluations du DES en médecine générale. 2013.
12. Scallon G. Approche par compétences et évaluation. 2005.
13. Frank JR. Le cadre de compétence 2005 CanMEDS pour les médecins [Internet]. [cited 2017Apr 23]. Available from: https://www.med.uottawa.ca/sim/data/CANMEDS_2000_f.htm

14. Haute Autorité de Santé - L'évaluation des compétences des professionnels en établissement de santé [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2576406/fr/l-evaluation-des-competences-des-professionnels-en-etablissement-de-sante
15. Lee Y-M, Lee YH. Evaluating the short-term effects of a communication skills program for preclinical medical students. *Korean J Med Educ.* 2014 Sep;26(3):179–87.
16. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991 Nov 30;303(6814):1385–7.
17. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2001 Apr;76(4):390–3.
18. Losh DP, Mauksch LB, Arnold RW, Maresca TM, Storck MG, Maestas RR, et al. Teaching inpatient communication skills to medical students: an innovative strategy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2005 Feb;80(2):118–24.
19. Peterson EB, Calhoun AW, Rider EA. The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Educ Couns.* 2014 Sep;96(3):411–8.
20. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhous I, et al. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns.* 2010 Nov;81(2):259–66.
21. ALFONSO-ROCA M., SCHOUWEY I, GIRARD C. Le programme des compétences cliniques et l'utilisation des patients standardisés à L'université de Fribourg. 2013.
22. Régime des études en vue du premier et du deuxième cycle, bulletin officiel N°20 [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 15]. Available from: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
23. Bonnaud-Antignac A, Grenier M-H, Mouzard A, Amar M. Enseignement de la relation médecin-patient en pédiatrie à des étudiants de médecine à partir de la méthode du Théâtre-Forum [Internet]. Vol. 57. 2009 [cited 2016 Jul 8]. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961709000750>
24. Guigot M, Menard J-F, Weber J, Colin R. Mesure de l'impact d'un enseignement spécifique sur l'aptitude à la communication orale d'étudiants en médecine de 2e année. *Pédagogie Médicale.* 2002 Feb 1;3(1):8–13.
25. Castillo J-M, Hardouin J-B, Planchon B, Pottier P. Développement des habiletés sémiologiques et relationnelles. Implantation d'un dispositif pédagogique recourant à des patients standardisés pour les étudiants en troisième année à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie Médicale.* 2015 Nov 1;16(4):205–17.

26. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéenne utilisant la simulation. Université de Lorraine ; 2017.
27. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJB. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015 Dec;98(12):1482–91.
28. Cömert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. Hills RK, editor. *PLOS ONE*. 2016 Mar 31;11(3):e0152717.
29. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*. 2005 Mar;37(3):184–92.
30. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-67.
31. Hodges B, Turnbull J, Cohen R, Bienenstock A, Norman G. Evaluating communication skills in the objective structured clinical examination format: reliability and generalizability. *Med Educ*. 1996 Jan 1;30(1):38–43.
32. Norman G, Barrows H, Gliva G, Woodward. Simulated patients In : *Assessing Clinical Competence*. Springer. 1985;
33. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Collège Haut Normand des Généralistes Enseignants - Le Guide Calgary-Cambridge de l'Entrevue Médicale [Internet]. [cited 2017 Jun 10]. Available from: http://www.rouen.cnge.fr/article.php?id_article=181
34. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M-T. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. Les Éditions du Renouveau Pédagogiques. Montréal; 2004.
35. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores: Reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ*. 2011 Dec;45(12):1181–9.
36. Ishikawa H, Hashimoto H, Kinoshita M, Fujimori S, Shimizu T, Yano E. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Med Educ*. 2006 Dec 1;40(12):1180–7.

Annexes

Annexe 1 : Programme d'enseignement de l'année 2016-2017 (UE 1 : Santé, Société, Humanité) à la faculté de Nancy

FGSM 3				2016 - 2017
FGSM 3 - UE 1 - SANTÉ SOCIÉTÉ HUMANITÉ - Dr F CLAUDOT - Pr F ALLA				
Dates	Lieu	Horaire	Intitulé du cours	Nom de l'enseignant
Lundi 05/09/2016	Amphi 600 B	9h00 à 9 h 30	PRESENTATION de la FGSM 3	Dr G.GAUCHOTTE
		9h30 à 10h00	INTERVENTION Dr ZUILY	Dr ZUILY
	Amphis 250	10 h 00 à 11 h 00	TEST COURS Dr ZUILY	
		11 h 00 à 12 h 00	TEST COURS Dr ZUILY	
Mardi 06/09/2016		8 h 00 à 9 h 00		
		9 h 00 à 10 h 00		
		10 h 00 à 11 h 00	UE1 - Déterminants et comportements de santé	Pr F ALLA
		11 h 00 à 12 h 00	UE1 - Déterminants et comportements de santé	Pr F ALLA
Mercredi 07/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE1 - Expériences et représentations sociales de la santé, de la maladie et des traitements	Dr J KIVITS
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Expériences et représentations sociales de la santé, de la maladie et des traitements	Dr J KIVITS
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 1	Pr JP KAHN
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 1	Pr JP KAHN
Jeudi 08/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE1 - Relation soignants-soignés : aspects psychologiques	Pr JP KAHN
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Relation soignants-soignés : aspects psychologiques	Pr JP KAHN
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 2	Pr JP KAHN
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 2	Pr JP KAHN
Vendredi 09/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE1 - Relation soignants-soignés : aspects sociologiques	J. KIVITS
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Relation soignants-soignés : aspects sociologiques	J. KIVITS
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 3	Pr JP KAHN
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 3	Pr JP KAHN
Lundi 12/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE1 - Savoir scientifique, épistémologie, démarche de recherche	F CLAUDOT Pr F ALLA
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Savoir scientifique, épistémologie, démarche de recherche	F CLAUDOT Pr F ALLA
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 : Prévention, éducation pour la santé place dans la pratique médicale	Pr F. ALLA
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 : Annonce	Pr X. DUCROCQ
Mardi 13/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE 1 : Prévention, éducation pour la santé place dans la pratique médicale	J. KIVITS
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Savoirs et pouvoirs médicaux	J. KIVITS
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 4	Pr JP KAHN
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 4	Pr JP KAHN
Mercredi 14/09/2016		8 h 00 à 9 h 00	UE 1 : Principes de la démarche qualité	Pr N. THILLY
		9 h 00 à 10 h 00	UE1 - Ethique de la recherche en santé	F CLAUDOT
		10 h 00 à 11 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 5	Pr JP KAHN
		11 h 00 à 12 h 00	UE 1 - TD jeux de rôle - Relation Soignants -Soignés Groupe 5	Pr JP KAHN

Annexe 2 : Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication

I - DÉBUTER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Préparer l'entrevue</u></p> <p><u>B - Établir le premier contact (l'accueil)</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Le médecin salue le patient et obtient son nom2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue) <p><u>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« <i>Quels problèmes vous amènent aujourd'hui ?</i> » ou « <i>Qu'est-ce que vous souhaiteriez discuter aujourd'hui ?</i> »)2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« <i>Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ?</i> »)4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques	

II - RECUEILLIR L'INFORMATION	
<p><u>A - Exploration des problèmes du patient</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) 2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées) 3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause 4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) 5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale...) ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord 6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « <i>Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ?</i> ») 7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires 8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsqu'utilisé 9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début <p><u>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> • Les idées du patient (ses croyances sur les causes) • Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème • Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) • Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie 2. Encourage le patient à exprimer ses émotions 	

III - STRUCTURER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</u></p> <p>1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape</p> <p>2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions ; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section</p> <p><u>B - Prêter attention au déroulement de l'entrevue</u></p> <p>1. Structure l'entrevue selon une séquence logique</p> <p>2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir</p>	

IV - CONSTRUIRE LA RELATION	
<p><u>A - Utiliser un comportement non-verbal approprié</u></p> <p>1. Affiche un comportement non verbal approprié</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel, expression faciale • Posture, position et mouvement • Indices vocaux, le débit, le volume, la tonalité <p>2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation</p> <p>3. Affiche une confiance appropriée</p> <p><u>B - Développer une relation chaleureuse et harmonieuse</u></p> <p>1. Accueille les points de vue et émotions du patient ; n'adopte pas une position de juge</p> <p>2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile</p> <p>3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées « d'auto-soin » de son patient ; lui offre de travailler en partenariat</p>	

<p>4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique</p> <p><u>C - Associer le patient à la démarche clinique</u></p> <p>1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « <i>ce que je pense maintenant, c'est...</i> »)</p> <p>2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes</p> <p>3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande-la permission.</p> <p>4. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes</p> <p>5. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande-la permission</p>	
---	--

V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **	
<p><u>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u></p> <p>1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications</p> <p>2. Évalue les connaissances du patient : Avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir</p> <p>3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic)</p> <p>4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer</p> <p><u>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u></p> <p>1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées</p> <p>2. Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème (par ex. : « <i>Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement...</i> ». « <i>Maintenant, abordons...</i> »)</p> <p>3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information</p>	

4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique

5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : Diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (Dépliants)

6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu ; clarifie si nécessaire

C - Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient

1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : Fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient

2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement

3. Relève les indices verbaux et non verbaux : Par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions ; est sensible aux signes de surcharge d'information ; est attentif aux indices d'inconfort

4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin

D - Planifier : une prise de décision partagée

1. Partage ses réflexions cliniques lorsqu'approprié : idées, processus de pensée, dilemmes

2. Implique le patient :

- Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives
- Encourage le patient à partager ses propres idées, Suggestions

3. Explore les différentes options d'action

4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre

5. Discute d'un plan mutuellement acceptable

- Signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles
- Détermine les préférences du patient

6. Vérifie avec le patient : S'il est d'accord avec le plan ; si l'on a répondu à ses préoccupations

VI - TERMINER L'ENTREVUE	
<p><u>A - Planifier les prochaines étapes</u></p> <p>1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin</p> <p>2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide</p> <p><u>B - Préparer la fin de l'entrevue</u></p> <p>1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins</p> <p>2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, question ou autres items à discuter</p>	

** VII - EXPLICATIONS ET PLANIFICATION : OPTIONS SUR LE PROCESSUS ET LE CONTENU	
<p><u>A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u></p> <p>1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes</p> <p>2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées</p> <p>3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes</p> <p>4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises</p> <p><u>B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u></p> <p>1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives)</p> <p>2. Fournit de l'information sur les interventions et traitements offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noms • Étapes des traitements ; comment ils fonctionnent ; • Bénéfices et avantages ; • Possibles effets indésirables 	

<p>3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bénéfices perçus, les obstacles, sa motivation</p> <p>4. Reconnaît le point de vue du patient ; plaide des points de vue alternatifs, au besoin</p> <p>5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet des plans et des traitements, incluant leur acceptabilité</p> <p>6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient</p> <p>7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome</p> <p>8. Vérifie le soutien social dont bénéficie le patient et discute des autres supports sociaux disponibles</p> <p><u>C - Si discussion d'investigations et de procédures</u></p> <p>1. Fournit des informations claires sur les procédures, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, comment il sera informé des résultats</p> <p>2. Fait le lien entre les procédures et le plan de traitement : Importance, raisons</p> <p>3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles</p>	
--	--

Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier MT. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. In : Richard C, Lussier MT (éditeurs). La communication professionnelle en santé. Montréal, Canada : Les Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., 2004 (sous presse)

Annexe 3 : Grille Calgary Cambridge simplifiée

GUIDE DE L'ENTREVUE MEDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE

	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
<i>Débuter l'entrevue :</i>			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
<i>Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir</i>			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
<i>Expliquer et planifier</i>			
Fournit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
<i>Construire la relation</i>			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
<i>Structurer l'entretien</i>			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
<i>Terminer l'entrevue</i>			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

Annexe 4 : Grille d'évaluation de Luc Coté

Pour chacun des items, encerclez le chiffre correspondant à votre opinion

	TOUT A FAIT EN DÉSACCORD 1	PLUTÔT EN DÉSACCORD 2	PLUTÔT EN ACCORD 3	TOUT A FAIT EN ACCORD 4
COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT				
1. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne	1	2	3	4
2. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes	1	2	3	4
3. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes	1	2	3	4
4. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation	1	2	3	4
5. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4
6. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact	1	2	3	4
7. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées	1	2	3	4
8. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient	1	2	3	4
COMMUNICATION EFFICACE ET RESPECTUEUSE				
9. Évite d'être hautain et brusque avec le patient	1	2	3	4
10. Respecte les opinions du patient	1	2	3	4
11. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime	1	2	3	4
12. S'exprime avec clarté et précision	1	2	3	4
13. Explique la conduite proposée	1	2	3	4
14. Évite le jargon médical	1	2	3	4
15. Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4

Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. *Elaboration et validation d'une grille. Can Fam Physician. mars 2001;47:512-518.*

Annexe 5 : Proposition d'un enseignement de psychologie médicale pour les étudiants de deuxième cycle

Cadre de l'enseignement et objectifs

Public : Etudiants de FASM 1, 2, 3

Cadre de l'enseignement : Unités d'Enseignement Parcours Personnalisé (UEPP)

Nombre limite d'inscrits 20 personnes

Dates : Jeudis après-midi

Lieu : faculté de médecine de Nancy, salle d'ED et CUESIM

Modalité de validation : Présence + évaluation par la simulation médicale

Intervenants : Vincent Laprévotte, Fabienne Ligier, Caroline Pham-Dinh & intervenants extérieurs en fonction des thématiques abordées

Objectifs : Familiariser les étudiants de deuxième cycle avec les bases de la psychologie médicale et donner des outils face à des situations concrètes, telles que la prise en charge d'un patient agité, confronté à la maladie chronique ou à l'annonce d'une maladie grave.

Les enseignements théoriques seront illustrés par des jeux de rôles mettant en scène les étudiants et les intervenants.

Une session de simulation médicale au CUESIM au début des enseignements permettra de confronter chaque étudiant à une situation fréquente pour tout médecin : la prise en charge d'un patient agité.

Une deuxième session de simulation, à la fin des enseignements permettra aux étudiants de mettre en pratique les outils transmis au cours des enseignements, et viendra valider l'option.

A l'issue de chaque session de simulation, l'étudiant bénéficiera d'un débriefing individuel et collectif.

Déroulement des enseignements :

Cours 1 : Entrée en relation (22 octobre 2015)

14h-17h

Intervenants : Vincent Laprévotte, Fabienne Ligier, Caroline Pham-Dinh

14h-15h : Présentations. Echanges concernant les situations relationnelles difficiles avec les patients.

Division du groupe en 4 pour les séances de simulation.

15h-17h : L'entrée en relation avec un patient, un premier pas vers l'adhésion aux soins ?

Jeux de rôle

Cours 2 : Prise en charge d'un patient agité (19 novembre 2015)

Intervenants : Caroline Pham Dinh + formateur OMEGA

14h-15h30 : Le patient opposant ou agité. De la mise en sécurité à l'entrée en relation

15h30-17h30 : jeux de rôle

Cours 2 Groupes 1 et 2 : Simulation médicale (3 décembre 2015 au CUESIM)

14h -18h

Intervenants : Vincent Laprèvote, Fabienne Ligier, Thilbaut Mignot, Caroline Pham-Dinh + 2 acteurs

CUESIM : simulation médicale « Le patient opposant ou agité ». Débriefing individuel et collectif. 2 salles de simulation.

Situation clinique : l'étudiant est confronté à un acteur qui figure un patient au service des urgences. Il a consommé de l'alcool, s'impatiente, ne souhaite pas attendre les résultats de sa prise de sang. Il est opposant à la prise en charge et commence à s'agiter.

L'objectif de cette première simulation est de confronter l'étudiant à une situation fréquente qui peut concerner tous les médecins.

Le débriefing individuel permettra à l'étudiant d'avoir une évaluation multicritère de sa séquence. Un document reprenant cette évaluation lui sera remis.

Le débriefing collectif permettra de reprendre les éléments positifs de chaque intervention.

La question de la prise en charge du patient opposant sera ensuite reprise lors du cours 3, et fera l'objet d'une nouvelle simulation « d'évaluation » qui permettra de valider l'UEPP.

Cours 2 Groupes 3 et 4 : Simulation médicale (14 janvier 2016 au CUESIM)

14h-18h

Intervenants : Vincent Laprèvote, Fabienne Ligier, Thilbaut Mignot, Caroline Pham-Dinh

CUESIM : simulation médicale « Le patient opposant ou agité ». Débriefing individuel et collectif. 2 salles de simulation.

Cours 4 : Maternité, parentalité (21 janvier 2016)

Intervenants : Fabienne Ligier + Anne Borsa (pédiatre) + Caroline Pham-Dinh

14h-15h30 : Maternité, parentalité : l'enjeu de la prise en charge de l'entourage du patient

15h30-17h30 : jeux de rôles

Cours 5 : Annonce d'une mauvaise nouvelle (28 janvier 2016)

Intervenants : Vincent Laprévotte + Etienne Duflot (oncologue)

14h-15h30 : Annonce d'une mauvaise nouvelle

15h30-17h30 : jeux de rôles

Cours 6 : Relation médecin-patient au cours de la prise en charge des maladies chroniques (4 février 2016)

Intervenants : Fabienne Ligier + Philip Böhme (diabétologue) + Caroline Pham-Dinh

14h-15h30 : Enjeu de l'adhésion aux soins dans la prise en charge des maladies chroniques

15h30- 17h30 : jeux de rôles

Cours 7 : Abord du patient adolescent (25 février 2016)

Intervenants : Fabienne Ligier + intervenant extérieur

14h-15h30 : Particularités de l'interaction avec un adolescent

15h30-17h30 : jeux de rôles

Cours 8 Groupes 1 et 2 : Simulation médicale (10 mars 2016)

14h-18h

Intervenants : Vincent Laprévotte, Fabienne Ligier, Thibaut Mignot, Caroline Pham-Dinh + 2 acteurs

Session d'évaluation au CUESIM : simulation médicale « Le patient opposant ou agité ».

Débriefing individuel et collectif. 2 salles de simulation.

Situation clinique : la même que celle présentée au cours 2, avec remise de la fiche d'évaluation multicritères, et mise en avant, lors du débriefing individuel

Cours 8 Groupes 3 et 4 : Simulation médicale (24 mars 2016)

14h-18h

Intervenants : Vincent Laprèvote, Fabienne Ligier, Thibaut Mignot, Caroline Pham-Dinh + 2 acteurs

Session d'évaluation au CUESIM : simulation médicale « Le patient opposant ou agité ».

Débriefing individuel et collectif. 2 salles de simulation.

Situation clinique : la même que celle présentée au cours 2, avec remise de la fiche d'évaluation multicritères, et mise en avant, lors du débriefing individuel

Annexe 6 : Scénario de la simulation d'un patient opposant aux soins (TC-PC avec nécessité de réaliser un scanner)

Informations à dire aux étudiants en « introduction » à la situation (accueil des étudiants) :

Vous êtes interne de médecine au SAU, il est 18h30, Steven, âgé de 20 ans, est arrivé dans le service amené par les pompiers, dans le cadre d'un AVP (voiture contre scooter sans casque). Vous reprenez son dossier et l'urgentiste de la journée vous fait des transmissions rapidement.

Juste avant la simulation, informations données par l'urgentiste de la journée :

Il a eu une perte de connaissance de plusieurs minutes environ avec crise comitiale généralisée, les pompiers l'ont amené en coquille, il a vomi durant le trajet de 15 minutes entre le lieu de l'accident et l'hôpital.

Examens réalisés :

- Clinique : vigilant, Glasgow 15, pas de désorientation temporo spatiale, céphalées, amnésie autour de l'accident, pas de focalisation neurologique.
- Traumatisme : RAS
- Bio : RAS dont alcoolémie et toxicologie.

Antécédents médicaux : appendicectomie

Pas de traitement en cours.

Conduite à tenir : Vous avez appelé le neurologue de permanence de soins qui a indiqué la réalisation d'un scanner cérébral dès que possible et le radiologue vous a indiqué un délai d'attente d'au moins une heure, en raison d'urgences multiples.

Description du patient pour les acteurs :

Jeune homme qui vit seul, qui n'a plus de contact avec ses parents actuellement s'il y a des questions sur le sujet. Plutôt impulsif, impatient dans son mode de réponse.

Il veut sortir pour « aller au concert de Booba avec ma copine à l'Autre Canal », refuse d'attendre pour avoir encore un examen alors qu'il a juste mal au crâne. « Filez-moi un médoc pour ne plus avoir mal au crâne et c'est bon, quoi ! ». Il n'y a pas de raison pour que je reste, je suis déjà tombé sur la tête et cela s'est bien passé.

Se lève, tourne en rond, d'autant plus si le médecin prend une position haute et emploie des termes médicaux qu'il ne comprend pas

Objectifs :

- Apaiser la situation (ton, position du corps, écoute, empathie) = pacification
- Expliquer les inquiétudes médicales avec des termes adaptés au niveau du patient
- Se mettre en position de sécurité si le patient s'agite, savoir faire appel à un tiers en situation délicate

Annexe 7 : Signes retenus par les investigateurs pour évaluer la gestuelle et la nervosité du médecin et du patient

	<u>Signes de nervosité</u>	<u>Signes de posture globalement inadaptée.</u>
MEDECIN / PATIENT	<ul style="list-style-type: none"> - Tortillement des cheveux, - Bras ou mains difficiles à placer, - Se gratte plusieurs fois le visage ou la tête, - Trépignement des pieds. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bras croisés, - Regard fuyant, - Tête baissée, - Posture recroquevillée, - Capuche sur la tête, - Mains dans les poches.

Gestuelle : ensemble des attitudes du médecin comme du patient

Choix de cotation pour analyser la nervosité et la position du médecin et du patient

	<u>Médecin (étudiant)</u>	<u>Patient standardisé (Acteur)</u>
NERVOSITE	<p><u>Analyse à 3 niveaux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune nervosité ou minime - Moyenne - Elevée 	<p><u>Analyse Binaire (en fin d'entretien) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de baisse de la nervosité / Non apaisé - Baisse de la nervosité/ Apaisé
POSITION	<p><u>Position binaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fermée - Globalement adaptée 	<p><u>Position Binaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Position qui reste globalement fermée - Position qui s'améliore en fin d'entretien

Annexe 8 : Logiciel ELAN utilisé pour le recueil des données temporelles

ELAN 4.9.4 - session 14janv etudiant 4 rouge.eaf

Fichier Edition Annotation Acteur Type Rechercher Affichage Options Fenêtre Aide

Grille Texte Sous-titres Lexique Commentaires Recognizers Métadonnées Contrôles

patient

Nr	Annotation	Temps de d.	temps de fin	Durée
1		00:00:08.880	00:00:11.040	00:00:02.160
2		00:00:13.920	00:00:15.561	00:00:01.641
3		00:00:15.800	00:00:16.370	00:00:00.570
4		00:00:18.510	00:00:26.800	00:00:08.290
5		00:00:31.110	00:00:42.210	00:00:11.100
6		00:00:55.320	00:00:56.030	00:00:00.710
7		00:01:05.627	00:01:06.957	00:00:01.330
8		00:01:11.600	00:01:12.820	00:00:01.220
9		00:01:13.110	00:01:33.310	00:00:20.200
10		00:01:45.430	00:01:58.058	00:00:12.628
11		00:02:02.800	00:02:03.330	00:00:00.530
12		00:02:05.762	00:02:06.108	00:00:00.346
13		00:02:10.040	00:02:12.020	00:00:01.980
14		00:02:16.000	00:02:19.380	00:00:03.380
15		00:03:14.429	00:03:14.639	00:00:00.210
16		00:03:14.940	00:03:19.836	00:00:04.896
17		00:03:46.520	00:03:47.430	00:00:00.910
18		00:03:48.610	00:03:53.690	00:00:05.080
19		00:03:54.738	00:03:55.220	00:00:00.482
20		00:03:57.100	00:04:00.220	00:00:03.120
21		00:04:05.700	00:04:09.490	00:00:03.790
22		00:04:12.020	00:04:22.520	00:00:10.500
23		00:04:24.930	00:04:28.700	00:00:03.770
24		00:04:30.420	00:04:35.110	00:00:04.690
25		00:04:38.118	00:04:39.440	00:00:01.322
26		00:04:42.031	00:04:44.130	00:00:02.099
27		00:04:49.020	00:05:20.500	00:00:31.480
28		00:05:27.610	00:05:41.810	00:00:14.000
29		00:05:45.710	00:05:46.384	00:00:00.674
30		00:05:47.530	00:05:55.530	00:00:08.000
31		00:05:57.220	00:05:58.470	00:00:01.250
32		00:06:01.800	00:06:22.307	00:00:20.507
33		00:06:38.660	00:06:51.690	00:00:13.030
34		00:06:52.810	00:06:54.210	00:00:01.400
35		00:07:47.610	00:07:55.570	00:00:07.960

00:03:46.000 Sélection: 00:00:00.000 - 00:00:00.000 0

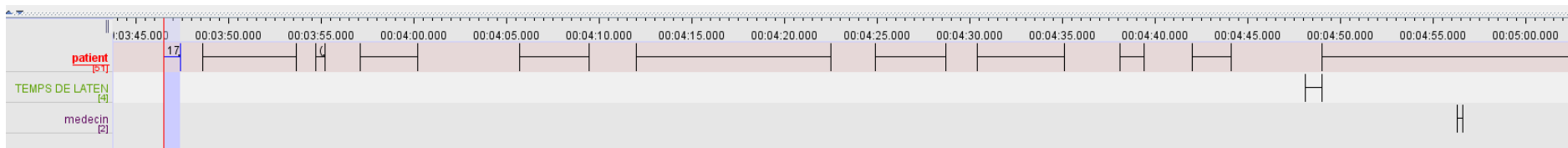
Mode de sélection Mode de boucle

patient
TEMPS DE LATEN [4]
medecin [2]

Interface du logiciel ELAN

Grille						Texte	Sous-titres	Lexique	Commentaires	Recognizers	Métadonnées	Contrôles		
patient														
>	Nr	Annotation										Temps de d...	temps de fin	Durée
	22											00:04:12.020	00:04:22.520	00:00:10.500
	23											00:04:24.930	00:04:28.700	00:00:03.770
	24											00:04:30.420	00:04:35.110	00:00:04.690
	25											00:04:38.118	00:04:39.440	00:00:01.322
	26											00:04:42.031	00:04:44.130	00:00:02.099
	27											00:04:49.020	00:05:20.500	00:00:31.480
	28											00:05:27.810	00:05:41.810	00:00:14.000
	29											00:05:45.710	00:05:46.384	00:00:00.674
	30											00:05:47.530	00:05:55.530	00:00:08.000
	31											00:05:57.220	00:05:58.470	00:00:01.250
	32											00:06:01.800	00:06:22.307	00:00:20.507
	33											00:06:38.660	00:06:51.690	00:00:13.030
	34											00:06:52.810	00:06:54.210	00:00:01.400
	35											00:07:47.610	00:07:55.570	00:00:07.960
	36											00:08:00.199	00:08:01.699	00:00:01.500
	37											00:08:06.700	00:08:19.210	00:00:12.510
	38											00:08:25.200	00:08:28.190	00:00:02.990
	39											00:08:37.990	00:08:40.120	00:00:02.130
	40											00:08:41.500	00:08:47.420	00:00:05.920
	41											00:08:51.720	00:08:54.000	00:00:02.280
	42											00:08:56.110	00:08:58.710	00:00:02.600
	43											00:09:04.420	00:09:05.910	00:00:01.490
	44											00:09:07.650	00:09:08.060	00:00:00.410
	45											00:09:13.100	00:09:14.680	00:00:01.580

Table des Segments par Acteur – Acteur Patient



Timeline

Annexe 9 : Tableau des Résultats bruts prélevés

1. Signes verbaux

M	P	NbE	Ech	Int	Ton	Lat	MoL	miL	MaL	DTE	Acc	TpA	DAT	S
M1	A1	63	200,228	13	10	2	2,131	2,04	2,221	501	0		03-déc	1
M2	B1	54	262,507	5	7	4	1,822	1,381	2,609	599	1	303	03-déc	1
M3	C1	57	232,107	6	5	2	3,280	1,69	4,869	595	1	102	03-déc	1
M4	D1	41	224,133	6	5	6	1,460	1,178	2,083	455	0		03-déc	1
M5	E1	34	185,904	7	2	4	2,276	1,12	4,544	630	2	628	03-déc	1
M6	F1	33	243,277	6	7	0	0,000	0,000	0,000	495	0		14-janv	1
M7	G1	37	143,655	11	4	2	1,131	1,122	1,14	532	1	396	14-janv	1
M8	H1	54	241,027	10	7	10	1,681	1,18	2,849	653	0		14-janv	1
M9	I1	44	259,805	9	3	1	1,240	1,24	1,24	602	1	242	14-janv	1
M10	J1	39	150,616	8	4	2	1,727	1,611	1,842	507	0		14-janv	1
M1	A2	62	186,808	3	1	4	1,428	1,213	1,644	542	2	287	10-mars	2
M2	B2	48	157,478	5	4	1	1,850	1,85	1,85	598	2	588	10-mars	2
M3	C2	52	142,947	5	0	6	2,769	1,12	7,05	521	1	352	10-mars	2
M4	D2	34	109,413	2	1	3	1,714	1,44	2,252	549	1	526	10-mars	2
M5	E2	35	153,583	4	3	6	1,770	1,18	2,715	558	1	222	10-mars	2
M6	F2	31	141,503	4	2	3	1,623	1,2	2,24	518	2	495	24-mars	2
M7	G2	47	103,194	8	0	0	0,000	0,000	0,000	601	1	589	24-mars	2
M8	H2	35	159,049	5	2	1	1,810	1,81	1,81	457	1	308	24-mars	2
M9	I2	40	150,625	3	2	4	3,539	1,407	7,25	494	2	463	24-mars	2
M10	J2	53	135,965	4	1	3	1,559	1,15	2,01	562	2	526	24-mars	2

Légende tableau « signes verbaux »

M	Médecin
P	Patient
NbE	Nombre d'échange
Ech	Durée totale des échanges du patient
Int	Nombre d'interruptions du patient
Ton	Nombre de hausse de ton du patient
Lat	Nombre de latence > 1.1sec
MoL	Moyenne du temps de Latence
MiL	Minimum du temps de latence
MaL	Maximum du temps de latence
DTE	Durée totale de l'entretien
Acc	Niveau d'acceptation
TpA	Temps relatif à l'acceptation
S	Session
DAT	Date
Niveau d'acceptation	0 : le patient quitte l'entretien 1 : le patient accepte de faire le scanner si ce dernier est réalisé avant que sa compagne arrive 2 : accepte d'attendre pour faire l'examen sans conditions.

2. Signes non verbaux

M	P	NvP	NvM	PoM	PoP	DGA	DAT	S
M1	A1	1	2	1	1	1	03-déc	1
M2	B1	1	0	2	1	2	03-déc	1
M3	C1	1	2	2	1	2	03-déc	1
M4	D1	1	2	1	1	1	03-déc	1
M5	E1	2	1	2	1	2	03-déc	1
M6	F1	1	2	1	1	1	14-janv	1
M7	G1	1	0	2	1	2	14-janv	1
M8	H1	1	0	2	1	1	14-janv	1
M9	I1	1	1	1	1	1	14-janv	1
M10	J1	1	1	2	1	2	14-janv	1
M1	A2	2	0	1	2	2	10-mars	2
M2	B2	2	0	2	2	2	10-mars	2
M3	C2	2	0	2	2	2	10-mars	2
M4	D2	2	1	2	2	2	10-mars	2
M5	E2	2	0	2	2	2	10-mars	2
M6	F2	2	1	2	1	2	10-mars	2
M7	G2	2	0	2	2	2	24-mars	2
M8	H2	1	0	2	1	2	24-mars	2
M9	I2	2	0	2	2	2	24-mars	2
M10	J2	2	0	2	2	2	24-mars	2

Légende tableau « signes non verbaux »		
PoP	Position Patient :	Description
		1 Position qui reste globalement fermée tout au long de l'entretien
		2 Position qui s'améliore en fin d'entretien
PoM	Position Médecin	
		1 Position fermée
		2 Position globalement adaptée
NvP	Niveau de nervosité Patient en fin d'entretien	
		1 Pas apaisé / Pas de baisse de la Nervosité
		2 Apaisé/ Baisse de la nervosité
NvM	Niveau de nervosité Médecin	
		0 Aucune nervosité ou Minime
		1 Moyen
		2 Elevé
DGA	Distance globale appropriée	
		1 NON
		2 OUI

RESUME DE LA THESE

Dans un contexte où se développe l'apprentissage de la communication dans les facultés de médecine, il n'existe pas de « gold standard » pour évaluer ce type de compétences. Le but de cette étude était d'évaluer la fiabilité, la validité et la significativité de critères verbaux et non verbaux d'alliance thérapeutique dans l'évaluation des compétences en communication. Dix étudiants inscrits à une unité d'enseignement de psychologie médicale ont participé à deux sessions de simulation au début et à la fin de la formation, avec le même scénario. Les situations cliniques filmées ont été visionnées par deux investigateurs qui étaient chargés de mesurer chacun de leur côté une série de paramètres de signes verbaux (durée de l'énoncé, nombre d'interruptions, acceptation de l'examen) et non verbaux (hausse de ton, nervosité, proxémie, position).

Les variables concernant les durées de l'énoncé, les nombres de hausses de ton, l'acceptation de l'examen, la nervosité du patient et la proxémique du médecin ont présenté une évolution significative entre les deux sessions tout en respectant une bonne fidélité inter-juges.

Une amélioration significative des compétences en communication des étudiants entre la première et la deuxième session est retrouvée. Les critères retenus pour l'évaluation de ces compétences sont majoritairement valides et fiables. Il semble intéressant de pouvoir utiliser ces paramètres à l'avenir pour évaluer l'évolution des compétences en communication des étudiants en médecine.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of medical students' communication skills in medical simulation

THESE EN PSYCHIATRIE – ANNEE 2017

MOTS-CLES : Compétences en communication, éducation médicale, évaluation des compétences cliniques, enseignement.

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9. avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
