



HAL
open science

Évaluation des compétences en communication des étudiants en médecine par la simulation : fiabilité et validité de l'échelle SURF

Matthieu Dezarmenien, Thomas Hubert

► To cite this version:

Matthieu Dezarmenien, Thomas Hubert. Évaluation des compétences en communication des étudiants en médecine par la simulation : fiabilité et validité de l'échelle SURF. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03805969

HAL Id: hal-03805969

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805969v1>

Submitted on 7 Oct 2022

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>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2020

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Matthieu DEZARMENIEN et Thomas HUBERT

Le 29 septembre 2020

**Évaluation des compétences en communication des étudiants en
médecine par la simulation : fiabilité et validité de l'échelle SURF.**

Examineurs de la thèse :

Mr Raymund SCHWAN	Professeur	Président du Jury
Mr Vincent LAPREVOTE	Professeur	Directeur de Thèse
Mr Stéphane ZUILY	Professeur	Juge
Mme Caroline PHAM-DINH	Docteur en médecine	Directrice de Thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESim : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Alain LE FAOU - Thierry MAY Patrick NETTER - Luc PICARD - François PLENAT - Paul VERT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR – Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

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

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY –
Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : (*Médecine d'urgence*)

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

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

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

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

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE -

Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} 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

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

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

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (Médecine générale)

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

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

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : (*Génétiologie*)

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD (stagiaire)

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

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

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : (*Pédiatrie*)

Docteure Cécile POCHON (stagiaire)

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63^e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE (stagiaire)

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1986)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville
(VIËTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Raymund SCHWAN

Professeur de Psychiatrie d'Adultes,

Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et d'addictologie du Grand Nancy

Centre Psychothérapique de Nancy

En témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la Présidence de notre jury, pour la confiance que vous nous avez manifesté à chaque étape de ce travail, pour votre disponibilité et vos conseils, nous prions d'accepter nos humbles remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Vincent LAPREVOTE

Professeur de Psychiatrie d'Adultes,

Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et d'addictologie du Grand Nancy

Centre Psychothérapique de Nancy

En témoignage de notre reconnaissance pour votre engagement dans l'accompagnement et la direction de ce travail de thèse, pour la bienveillance dont vous avez toujours fait preuve au cours de ces années et la qualité de votre enseignement nous vous prions d'accepter nos humbles remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY

Professeur de Médecine Vasculaire Service de Médecine Vasculaire

Institut Lorrain Louis Mathieu

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

En témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine, pour avoir accepté avec spontanéité et bienveillance de juger ce travail dans la continuité du vôtre, nous vous prions d'accepter nos humbles remerciements.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Madame le Docteur Caroline Pham-Dinh

Docteur en Psychiatrie

En témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration pour votre engagement dans l'enseignement de la médecine, pour avoir été présente et bienveillante tout au long de ce travail, pour nous avoir initié à l'enseignement par la simulation et nous avoir permis d'exercer nos talents d'acteur au sein du centre de simulation de la faculté de médecine de Nancy nous vous prions d'accepter nos humbles remerciements.

REMERCIEMENTS DE THOMAS HUBERT

A tous ceux que j'ai pu rencontrer pendant mon périple d'interne en psychiatrie

A l'ensemble du CMP de Toul, merci de m'avoir initié au monde de la psychiatrie et de m'avoir permis de profiter d'une ambiance de travail chaleureuse et agréable. Merci au Dr Onéa pour sa gentillesse sans limites et sa bienveillance qui m'ont permis de m'épanouir et de m'affirmer lors de ce premier stage.

A l'équipe de Mont-Saint-Martin, merci pour cette expérience de vie qui restera à jamais dans mes souvenirs. Au Docteur Keller, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, vous restez pour moi un modèle d'expérience et d'initiatives qui ont transformé ma vision de la psychiatrie en générale (gloire aux thérapies systémiques stratégiques!). A Delphine, merci pour ton humour sans bornes et ta franchise qui m'ont permis de rire et de supporter l'éloignement de ma ville natale. A Wynona, merci pour ces heures géniales à discuter de films, de séries, de mangas et tout de même de psychologie, d'abord à Mont-Saint-Martin puis à Ravenel et peut être ailleurs qui sait. A Sue, merci pour ta gentillesse et ton écoute. A Damien G, merci pour ton amitié, ton envie d'aider et d'apprendre et toute l'aide que tu as su m'apporter.

A l'équipe du CMP et du SPUL de Thionville, merci pour votre accueil et votre enseignement des notions de pédopsychiatrie. Faire des gardes aux urgences n'a jamais été aussi agréable, surtout quand on peut manger des croques-monsieurs à 3h du matin et parler de nos vies respectives. Merci à toute l'équipe infirmière et au Docteur Levaou.

A l'unité de l'UPPA, merci à vous tous. Au Docteur Tadri, merci pour votre bienveillance et votre écoute pendant des semaines de péripéties professionnelles, personnelles et amicales. Votre gentillesse a été un grand soutien et vos conseils m'accompagnent encore. A Stéphanie, merci pour nos discussions sur la vie, la psy, les relations, l'enseignement qui faisaient défiler les minutes à une vitesse incroyable.

A l'équipe de l'unité Baudelaire à Ravenel, merci pour votre accueil et votre bienveillance à mon égard. Vous êtes une équipe soignante formidable dont la p. A Léa, merci pour ta bienveillance et ta gentillesse à mon égard, travailler avec toi à été un véritable plaisir. A François, merci pour ta confiance et ta joie de vivre qui m'ont accompagné durant ce stage. Merci à tous les internes de Ravenel qui ont rendu ce stage si difficile à quitter.

A toute l'équipe du CD de Nancy-Maxéville, merci pour votre humanisme et vos amitiés qui ont fait de ce lieu une pépite de soins et de délires. Au Docteur Husson, merci pour vos conseils et votre soutien qui ont enrichi ma vision de la psychiatrie.

Au cabinet libéral de Nancy-Maxéville, merci à tous les praticiens du cabinet d'avoir pu me permettre de découvrir le monde caché et merveilleux de la psychiatrie libérale. Au Docteur Ounnoughene, directeur de mon mémoire (maître!), merci pour votre bienveillance et toute l'aide que vous m'avez apporté. Travailler ensemble à été un véritable plaisir pour moi. Au Docteur Jeckel, merci pour votre humour et votre expérience qui ont structuré et affiné mes entretiens en psychiatrie. Au Docteur Werner, merci d'avoir été un modèle de bienveillance et de gentillesse. Votre soutien et nos discussions restent bien ancrés dans ma mémoire et animent ma volonté de poursuivre sur cette voie. A Elisa, merci pour ton accueil, ta bonne humeur et ton courage face à la vie.

A l'ensemble du CMP Winnicott à Jury, merci de m'avoir supporté et soutenu pendant ces mois à travailler continuellement sur cette thèse et mon mémoire.

A mes Co-internes,

Merci pour ces belles rencontres amicales et professionnelles au cours de ces quatre dernières années : A Gaëlle, Clarisse, Pierre F, Stéphanie, PH, Marie-Pierre, Marie, Quentin R, Loïc F, Nicolas

A Matthieu D, merci à toi pour ta coolitude à toute épreuve et ton humour si rafraîchissant dans ce monde de psy. Je ne pouvais imaginer personne d'autre pour réaliser une thèse à deux. Encore merci à toi et ta jolie petite famille (Sophie et Eugène des bisous à vous) et vivement les prochains projets communs à venir !!!

A Marion, Mathieu G, Louise, merci pour ces soirées jeux de société à toute épreuve.

A Jean et Ambre, merci pour cette amitié naissante pleine de promesse, qui me rassure sur l'avenir de la psychiatrie.

A Caroline, merci pour ta gentillesse et ton humour qui nous ont accompagnés et soutenus, Matthieu et moi, dans cette longue traversé de visionnage et de simulation.

A ma famille

A ma Choupette, merci pour ton amour et ton soutien indéfectible depuis toutes ces années. Te rencontrer a changé ma vie d'une façon merveilleuse et indescriptible. Vivre avec toi est une évidence de chaque instant, qui me fait comprendre réellement ce que le monde, la philosophie, les arts, la psychologie appelle "vivre heureux". Je t'aime. Toi et notre famille à venir.

A mes parents, merci pour tout l'amour que vous m'avez apporté, vous m'avez appris à être quelqu'un de bien. Mon enfance reste pour moi, un modèle que je souhaite suivre pour ma propre famille, et je vous en serais éternellement reconnaissant.

Papa, merci pour ton amour, ta sagesse et ton intelligence, à tous ses moments ensemble où l'on a pu parler et aborder des thèmes complexes et intéressants sur la vie. Maman, merci pour ton amour inconditionnel et ton humanisme. Tu m'a transmis ta force de vivre et ta douceur, tu me rappelles tous les jours l'importance d'être bienveillant et chaleureux, et qu'une vie n'est rien, sans l'amour, l'amitié et le partage de ces valeurs.

A ma soeur Kathleen, merci pour tout. Tu es une facette de ma vie et un pilier de mon bien-être, notre duo a toujours su me reconforter et me faire sentir lié à quelqu'un d'unique. Ta gentillesse et ta volonté sont des modèles que je tente de suivre depuis l'enfance. Peu de personnes que j'ai pu rencontrer possèdent ce courage et cette volonté de fer à suivre son chemin.

A ma soeur Rommy, qui a été pour moi une grande soeur en diamant brut, capable de me faire sentir aimé et chéri au sein d'une grande famille nombreuse. Tu es pour moi la quintessence de la joie de vivre et du plaisir à partager entre amis. Tout l'amour que tu m'as donné, j'ai eu envie de le rendre à tes enfants, qui me donnent l'envie de grandir et de construire une famille à mon tour.

A mon frère Karlo, merci pour ta présence et ton amour fraternel. Tu es pour moi un modèle d'autonomie et d'intelligence. Ton éloignement à Paris fait de chacun de tes retours une fête et nous avons hâte avec Hélène que tu puisses être présent pour tous les heureux événements à venir dans notre vie de famille qui s'agrandit.

A Lola et Louka, merci pour m'avoir fait découvrir toutes les joies d'être un oncle. Tonton Tom sera toujours là pour vous et vous serez toujours dans mon coeur.

A ma belle famille, merci pour votre accueil chaleureux et si naturel. Merci Maria et Yves pour votre gentillesse et l'amour que vous avez su transmettre à tous ceux qui vous entourent. Merci d'avoir élevé une fille aussi unique que Hélène. Merci Mathias et Laure, pour votre amitié et votre présence dans notre vie. Merci à David L, pour me permettre de dialoguer dans la langue de Shakespeare et merci pour le petit Antoine 1er.

A mes amis

A Romain, toi qui restera à jamais l'homme correspondant à la définition d'un meilleur ami. Ta présence et ton humour m'ont permis de gagner des années de vie. Tu as été un élément essentiel de ma récupération lors de mon enfance et tu resteras à jamais présent dans mon esprit et mon coeur.

A Pierre, merci pour ta présence et ton amitié. Tu es apparu plus tardivement dans ma vie, mais tu en est devenu une personne essentielle. Je ne cesserais jamais de t'apporter mon amitié et mon humour, car tu es pour moi un homme exceptionnel.

A Michel, merci pour ton amitié et ton humour. Merci pour tous les souvenirs de fous rire et de jeux que l'on a pu vivre ensemble. Merci de m'avoir permis de vivre des expériences aussi incroyables que de jouer dans un groupe de musique, faire des concerts passionné et vivre un été de Floride magique. White Falcon/Preacher's Society/Bone Shack FOREVER TO THE BONE !!!

A mes amis de la faculté de médecine : merci à vous tous qui avez su transformer des études de médecine difficiles en un parcours joyeux jalonné de soirées incroyables et de souvenirs mémorables. Vous êtes tous uniques à votre manière et je souhaite que nos routes se poursuivent les unes à côté des autres pour de nombreuses années : Matthieu P, Pierre S, Anouchka, Arthur, Florian, Mélanie, Damien V, Céline, David, Chloé, Yannick, Julie.

A mes amis du collège et du Lycée : merci pour votre présence et pour m'avoir réellement fait comprendre ce qu'est l'amitié sous tous les angles les plus drôles et loufoques. J'espère que les liens qui nous unissent ne cessent de se renforcer avec le temps. A JS, Beno R, Clement, Antoine V, Hyppolite, Loïc, Quentin, Killian, Adrien, Anne-so, Pierre G.

Et enfin, merci à tous ceux que j'ai pu croiser et que je n'aurais pas cité.

REMERCIEMENTS DE MATTHIEU DEZARMENIEN

A Madame la Docteur Floriane BASS

Pour votre accueil, l'écoute et les conseils que vous m'avez prodigué avec bienveillance au cours de ma formation, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Béatrice DUGNY

Pour la confiance que vous m'avez toujours accordée au cours de ces années de formation, pour votre accueil, votre engagement et vos conseils je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Coraline HINGRAY

Pour votre disponibilité, votre aide et surtout pour m'avoir permis de réaliser un vieux rêve en collaborant à l'illustration de votre ouvrage, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Pour votre enseignement, votre pédagogie, votre dynamisme et votre accueil, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur David MASSON

Pour vos conseils et votre enseignement ainsi que pour la démonstration d'engagement que vous m'avez offerte, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Patricia PRINCET

Pour votre accueil, la confiance que vous m'avez accordé et les conseils que vous m'avez prodigué, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal POIVEY

Pour votre accueil et votre pédagogie, pour vos conseils et la démonstration de votre exercice, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A mes maîtres de stages et praticien hospitalier rencontrés au cours de mon internat :

Madame le Docteur Andrea OLARU, Monsieur le Docteur Jean-Pascal PAREJA, Monsieur le Docteur Sébastien MAURY, Monsieur le Docteur Jérôme KIEFFER, Madame le Docteur Stéphanie SAAD SAINT-GILLES, Madame le Docteur Fabienne LIGIER, Madame le Docteur Pénélope FAVIER, Madame le Docteur Charlotte SENSE, Monsieur le Docteur Thibaut MIGNOT, Monsieur le Docteur Benjamin SOULET, Madame le Docteur Assia ZERROUK, Madame le Docteur Marine SUTY, Monsieur le Docteur François LARUELLE, Madame le Docteur Caroline HUBERT-JACQUOT, Madame le Docteur Dorothée CRIVELLI.

Pour l'ensemble de vos conseils et votre aide bienveillante pour l'apprentissage de la discipline psychiatrique, je vous prie d'accepter ce témoignage de ma reconnaissance.

A ma famille

A Sophie

Pour avoir été présente et pour m'avoir soutenu durant les bons moments comme les plus difficiles, pour ta bienveillance et ta douceur, pour ta confiance, tes encouragements et tes conseils qu'il me soit permis ici de te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance.

A Eugène

Pour avoir illuminé ma vie de ta présence, pour tes sourires et tes rires si communicatifs, pour l'ensemble des moments passés, présents et futurs que nous allons vivre, qu'il me soit permis ici de te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance.

A Anne

Pour avoir été un exemple de détermination, de dynamisme et de force de caractère. Pour ton soutien sans faille et ta présence lors de tous les moments importants de ma vie. Pour tes conseils avisés et ta bienveillance perpétuelle à mon égard qu'il me soit permis ici de te témoigner mon amour et ma reconnaissance.

A Pierre

Pour l'exemple de tolérance, de patience et de sensibilité que tu m'as donné. Pour les qualités de créativité, de curiosité et de discrétion que tu m'as transmises. Pour ta présence et tes conseils lors des événements les plus importants de ma vie et pour la place que tu m'as offerte dans les tiens qu'il me soit permis ici de te témoigner mon amour et ma reconnaissance.

A Charlotte

Pour ton humour et ta joie de vivre communicative, en souvenir de tous ces moments passés ensemble à partager nos jeux et nos passions, qu'il me soit permis ici de te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance.

A Paul

Parce que tu es toujours présent pour moi, que tu me fais souvent rire et parfois me mettre un peu en colère, parce que tu me rappelles sans cesse la responsabilité d'être exemplaire et parce que l'on partage beaucoup de passions communes, qu'il me soit permis ici de te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance.

A mes grands-parents Claude et Anne-Marie

Pour tous ces bons moments de rassemblement, de joies et bonne humeur qui ont adouci toutes ces années et dont le souvenir m'est si cher, qu'il me soit permis de vous témoigner ici tout mon amour et ma reconnaissance.

A mon grand-père Claude

Ta passion, ton courage et ta créativité seront toujours un exemple pour moi, qu'il me soit permis de te témoigner tout mon amour et ma reconnaissance.

En souvenir de feu ma grand-mère Jacqueline.

A mes amis

A Thomas

Parce qu'il est rare de rencontrer une personne avec qui l'amitié s'installe si spontanément et naturellement. Pour tout les moments de jeu, de rire, de convivialité et de complicité et enfin pour avoir partagé ce travail de thèse avec moi, qu'il me soit permis de te témoigner mon amitié et ma reconnaissance.

A Renaud, Yann, Rémi, Rodolphe, Rodrigue, Maxime, Cassandra, Clément, Nicolas, Jean-Pascal et Thomas

Pour avoir enrichi ces années d'études de fous rires, de musique, de discussions, d'échange et de fêtes. Pour m'avoir ouvert l'esprit, m'avoir accepté et avoir été présent à tous les moments importants qu'il me soit permis de vous témoigner toute mon amitié et ma reconnaissance.

A Anthony

Parce qu'il est rare de faire perdurer une amitié aussi longtemps. Pour avoir toujours été présent, pour avoir assisté à mes réussites, comme à mes échecs, pour avoir été un soutien sans faille, qu'il me soit permis de te témoigner toute mon amitié et ma reconnaissance.

A Marion, Clarisse, Louise, Gaëlle, Ambre, Jean, Mathieu, Loïc, Marie, Stéphanie

Pour avoir partagé ces années de formation avec moi et avoir été source de discussions, de débats, d'entraide et de conseils, qu'il me soit permis de vous témoigner toute mon amitié et ma reconnaissance.

SERMENT

« Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

PARTIE 1 : INTRODUCTION	27
1. La communication médecin-patient.....	29
1.1. Définition	29
1.2. Enjeux de la communication médecin-patient : établir une relation de qualité	29
1.2.1. Développement historique du concept de la relation médecin-patient	29
1.2.2. Modélisation du répertoire de relations	31
1.3. Enjeux de la communication médecin-patient : l'échange d'information	33
1.4. Enjeux de la communication médecin-patient : la décision médicale partagée	34
2. Enseigner la communication médecin-patient.....	35
2.1. Les consensus internationaux.....	35
2.1.1. La déclaration du consensus de Toronto (10).....	35
2.1.2. La déclaration de consensus de Kalamazoo	35
2.1.3. Le référentiel national	37
2.1.3.1. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales (abrogé)	37
2.1.3.2. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales	37
2.1.3.3. Article du 27 novembre 2017 de la HAS : « Communiquer - Impliquer le patient »	37
2.2. Bases de l'enseignement des compétences médicales de communication :	38
2.2.1. Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes	38
2.2.2. Un enseignement pratique basé sur la rétroaction spécifique.....	38
2.2.3. Un cursus cohérent et longitudinal.....	38
2.2.4. Un processus d'évaluation des apprentissages	38
2.2.5. Proposer des activités de découverte de soi.....	38
2.2.6. L'observation des pairs	39
2.3. Évaluer les compétences de communication	39

2.3.1. L'examen clinique objectif structuré (ECOS).....	39
2.3.2. Le patient standardisé.....	40
2.3.3. Les grilles d'évaluation.....	40
2.3.3.1. Les « checklist » comportementales.....	40
2.3.3.2. Les échelles de notation.....	41
2.4. La grille SURF.....	42
2.4.1. Présentation.....	42
2.4.2. Quels objectifs ?.....	43
2.4.2.1. Limiter le nombre de paramètres d'évaluation.....	43
2.4.2.2. Adapter l'évaluation à l'état psychique du patient.....	43
2.4.2.3. Pallier l'absence d'un Gold Standard pour l'évaluation des compétences relationnelles des étudiants en médecine.	43
2.4.3. Evaluation préliminaire.....	44
PARTIE 2 : ARTICLE.....	45
ABSTRACT.....	46
INTRODUCTION.....	47
METHODS.....	49
RESULTS.....	53
DISCUSSION.....	56
REFERENCES.....	59
PARTIE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	61
1. Résultats et objectifs.....	61
2. Limites de l'étude.....	62
3. Concordance avec les résultats de trois études précédentes réalisées a la faculte de medecine de nancy.....	63
4. Les difficultés pour obtenir une échelle d'évaluation fiable et universelle.....	64
5. Bénéfices de l'évaluation par l'échelle surf sur l'étudiant.....	66
5.1. Interprétation de l'évaluation par l'étudiant.....	66
5.2. Des compétences en communication globales.....	66
5.3. Un système d'évaluation permettant une progression.....	67
6. Changements apportés à l'enseignement et perspectives d'avenir.....	68
6.1. Les exercices de simulations.....	68

6.2. Les Examens cliniques objectifs et structurés (ECOS)	68
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXES	75
Annexe 1 : Guide calgary-cambridge de l'entrevue medicale	75
Annexe 2 : Grille surf pour l'évaluation par la simulation des compétences de communication des étudiants en médecine	82

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Notre intérêt pour la simulation en santé est née de notre expérience de patient standardisé lors d'un exercice destiné à entraîner les compétences communicationnelles des étudiants de deuxième cycle des études médicales.

Internes de psychiatrie, cet exercice a pris une grande valeur dans notre apprentissage de la communication médecin-patient en nous permettant d'expérimenter, par le biais du jeu d'acteur, les états émotionnels d'un patient confronté à un discours médical parfois paternaliste, parfois intrusif ou encore à l'utilisation inadaptée du jargon médical. Cette expérience nous a initiés aux déterminants d'une communication médicale de qualité, reposant sur l'écoute, l'empathie et le respect de l'individu dans sa singularité et ses aspirations.

Cela nous a convaincus de la force de la simulation dans l'apprentissage des compétences médicales et nous a présenté er par ailleurs la simulation comme outil pertinent pour la recherche.

Selon le professeur Jean-Claude GRANRY et le Dr Marie-Christine MOLL dans leur rapport de 2012 à la Haute Autorité de Santé (HAS) (1) : la simulation en santé est une méthode de formation et d'évaluation des étudiants qui fait appel « à l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient dit standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels »

Progressivement cette méthode d'enseignement s'est développée en France, a fait l'objet de nombreuses recommandations jusqu'à être intégrée comme outil important de la formation et de l'évaluation des savoirs et compétences des étudiants dans la réforme des second et troisième cycle des études médicales (Loi LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 2).

En effet il est prévu dès 2022, pour la validation du second cycle des études médicales, que les examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) remplacent l'actuel certificat de compétences cliniques.

L'ECOS est un outil d'évaluation standardisé basé sur la simulation permettant une évaluation objective des connaissances, des habiletés techniques (le savoir-faire) et des comportements (le savoir-être).

Il apparaît donc important de développer des outils d'évaluation performants de ces différentes dimensions pour un exercice de simulation.

La Grille SURF est une échelle d'évaluation des compétences communicationnelles pour l'évaluation en simulation des étudiants en médecine. Elle a été élaborée par les Professeurs ZUILY et LAPREVOTE, et les Docteurs LOUIS et PHAM-DINH pour le centre de simulation de la faculté de médecine de l'Université de Nancy (CueSim).

La HAS dans son Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé met l'accent sur le développement d'outils d'évaluation formative mais définit aussi la simulation comme outil d'évaluation sommative « sous réserve de disposer d'outils docimologiques validés ». C'est d'ailleurs l'un des 10 axes majeurs de recherche dans le champ des sciences de l'éducation pour la simulation en santé : « l'étude des processus d'apprentissage, des caractéristiques des outils ou des mécanismes d'évaluation utilisés dans le cadre de la simulation. » (2).

Ce travail de thèse a pour but de présenter l'article de recherche original proposé à la revue *Simulation in Healthcare* : « Assessment of the medical students communication skills : validity and reliability of the SURF Scale »

1. La communication médecin-patient

1.1. Définition

La communication est à la base de l'établissement d'une relation entre un médecin et son patient. Elle est le support de l'information transmise d'un interlocuteur à l'autre. RICHARD et al. dans son article Compétence en communication professionnelle en santé définit la communication médecin-patient comme une forme de communication interpersonnelle particulière : « un échange, verbal ou par tout autre moyen, entre un médecin, le patient, les proches de celui-ci, un autre professionnel de la santé ou avec un public » Ses fonctions principales consistent alors dans l'établissement et le développement de la relation ainsi que dans l'échange d'information (3).

1.2. Enjeux de la communication médecin-patient : établir une relation de qualité

1.2.1. Développement historique du concept de la relation médecin-patient

Il est désormais largement admis que la relation qui s'établit entre un médecin et son patient joue un rôle prépondérant dans la qualité et l'efficacité des soins qui seront proposés. L'analyse de cette relation particulière a fait l'objet de recherches dans le champ de la psychologie médicale et plusieurs modèles de relations ont ainsi été définis :

- *Le modèle de PARSONS*

Parsons énonce dans les années 50 qu'il n'existe qu'un modèle de relation médecin-malade où chaque protagoniste joue un rôle attendu par la société.

Celui du médecin consiste à rétablir un ordre social déstabilisé par la présence de la pathologie (qu'il nomme déviance), ce rôle lui étant permis par la maîtrise de compétences techniques assurant une prise en charge globale de la pathologie avec une certaine neutralité affective en orientant son action vers la collectivité.

Le patient quant à lui se présente au médecin dans l'objectif de faire légitimer sa "déviance", il doit alors mettre un ensemble d'action en œuvre dans le but d'améliorer cet état.

En réponse à ce comportement il obtient la reconnaissance de sa pathologie, de sa non-responsabilité sur son état et donc le droit d'être exempté de ses responsabilités sociales habituelles (4).

- *Le modèle de SZASZ et HOLLENDER (1956) :*

Eux proposeront 3 styles de coopération médecin-patient.

Ils postulent que dans cette relation particulière le médecin est spontanément actif et le patient peut alors se présenter dans 1 coopération active ou passive.

Ils définissent donc les styles relationnels suivants : activité-passivité, guidance coopération et participation mutuelle (5).

- *Le modèle de FREIDSON (1962) :*

Son étude ajoutera 2 styles selon l'activité ou la passivité du praticien (modèle patient-guide/médecin coopératif et patient actif/médecin passif) (6).

- *Le modèle de McWHINNEY (1983) :*

Ian McWHINNEY propose un modèle relationnel "centré sur le patient" : une approche clinique dans laquelle le patient est inclus pour chaque prise de décision. Il est défini par son auteur comme une façon pour le médecin de "pénétrer le monde du patient, de voir la maladie à travers les yeux du malade". Les valeurs fondamentales de ce modèle sont : la considération des besoins fondamentaux du patient, de ses désirs, points de vue et expériences personnelles, la possibilité pour le patient d'exprimer son avis et d'être actif dans la prise en charge, la construction d'un partenariat et d'une compréhension mutuelle entre le médecin et le patient (7).

- *L'approche négociée de BOTHELO :*

L'approche négociée : définie par BOTHELO en 1992, est un processus relationnel basé sur la recherche constante d'un consensus "ponctuel et renouvelé". Cette approche basée sur la négociation vise à réduire l'écart entre les représentations du médecin et celles du patient dans le but commun et particulier de trouver une solution au problème actuel du patient, cette démarche augmente de manière significative la qualité et la satisfaction liée aux soins (8).

- *Les modèles de relations d'EMMANUEL et EMMANUEL*

4 modèles de relation médecin-patient (9): informatif, interprétatif, délibératif et paternaliste synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau : Les 4 modèles de relations médecin-patient selon Emmanuel et Emmanuel

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

1.2.2. Modélisation du répertoire de relations

En 2008 Lussier et Richard ont proposé une modélisation des formes de relations médecin-patient sous la forme d'un répertoire.

Ils suggèrent que la relation qui s'instaure entre un médecin et son patient est susceptible de se modifier et de s'adapter selon :

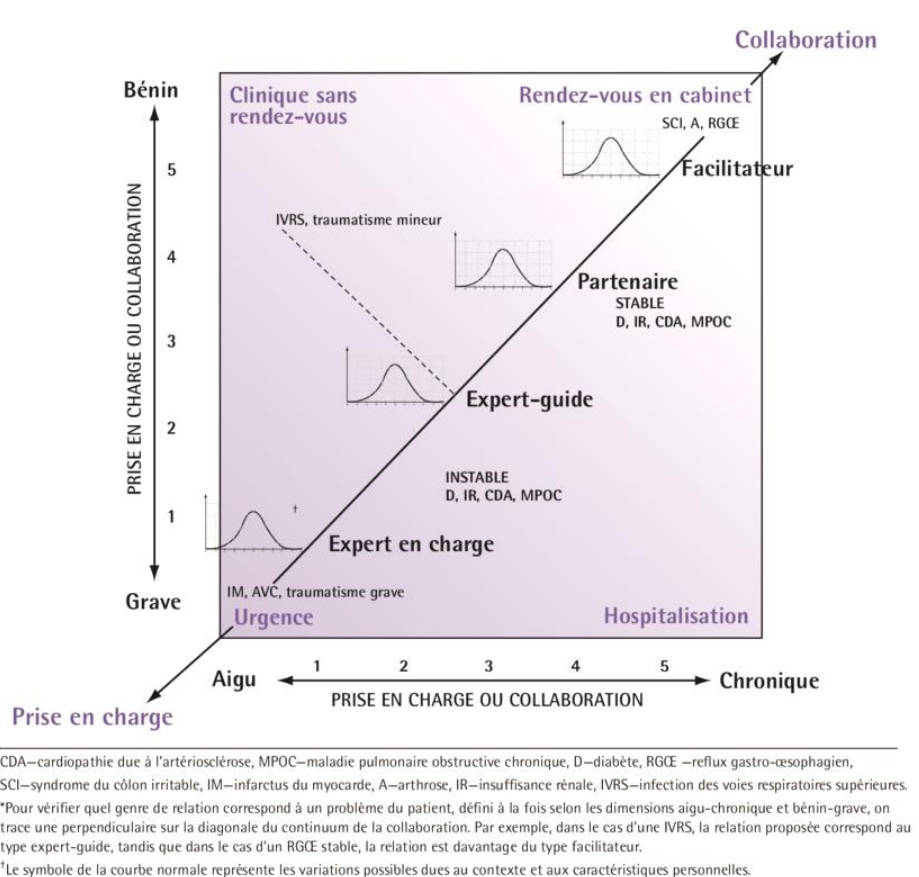
* les caractéristiques du problème en cause : la nature de la pathologie ainsi que son degré de gravité.

* le contexte de la rencontre (en service d'urgence, en service d'hospitalisation, en cabinet, au domicile etc.)

* les caractéristiques psychologiques des interlocuteurs.

Partant de ce postulat ils ont défini 4 types de relations professionnelles dans lesquelles un médecin et son patient peuvent s'engager :

- **L'expert en charge** représente la relation qui se joue dans les contextes de pathologie grave, instables et nécessitant une réponse urgente. Généralement les décisions de santé sont prise alors de manière unilatérale par le médecin, les représentations et le contexte psycho-social du patient sont alors très peu pris en compte.
- **L'expert-guide** apparaît dans des situations plus stables ou pour des problèmes plus bénins, il est alors plus simple de prendre en compte le contexte psycho-social du patient, le médecin adopte une position d'expert dont le rôle est de transmettre l'information sur la maladie, proposer un traitement et convaincre le patient de sa pertinence. L'expert-guide prend le temps de s'informer sur les représentations du patient.
- **Le partenaire de soins** : dans les situations de maladies chroniques bénignes ou stabilisé cette position se forme lorsque le patient développe une certaine connaissance de sa pathologie. Le médecin a alors pour objectif de majorer les connaissances du patient et d'actualiser ses connaissances sur le traitement de la pathologie.
- **Le facilitateur** se retrouve dans le cadre de pathologie chronique pour lesquels le patient a atteint un niveau de connaissance et un engagement actif dans les soins. Il est fréquent que le patient dirige la consultation par ses interrogations autour de la pathologie et des soins qui lui sont prodigués. Le médecin agit alors comme motivateur, il facilite l'actualisation des connaissances du patient et l'accès aux soins, il évalue et aide la capacité du patient à être acteur de sa santé



Graphique : Le répertoire de relation selon Lussier et Richard

1.3. Enjeux de la communication médecin-patient : l'échange d'information

L'échange d'information est un principe fondamental de l'exercice médical et à ce titre, en France l'échange et le contenu de l'information délivrée par un médecin à son patient est régi par :

* L'article 35 du code de déontologie médicale (article R.4127-35 du code de la santé publique) stipule : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

* L'article L1111-2 du code de la santé publique quant-à-lui rappelle que « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé(...) Cette information incombe

à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables(...) Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel(...) Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

1.4. Enjeux de la communication médecin-patient : la décision médicale partagée

La décision est la conclusion de toute consultation médicale.

La décision médicale partagée est le concept promu par la Haute Autorité de Santé.

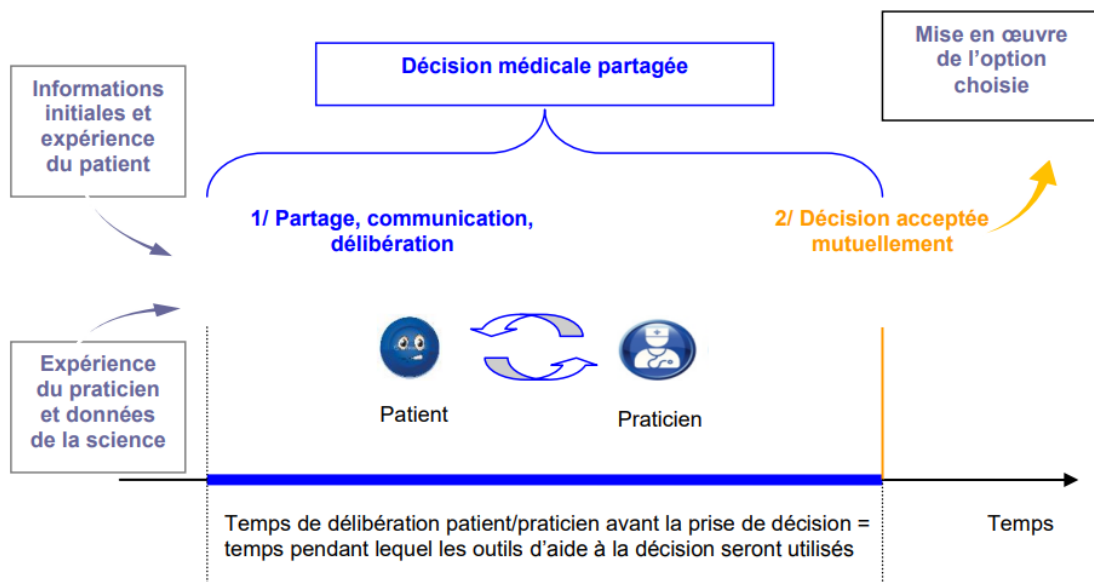


Schéma : le processus de la décision médicale partagée (HAS)

Il se décompose en 4 étapes :

- Etablir une atmosphère propice à l'échange et à l'écoute des opinions et des représentations du patient.
- Rechercher les préférences thérapeutiques du patient et discuter leur compatibilité avec son mode de vie.
- Échanger les informations de manière claire et loyale
- Obtenir un accord commun entre les parties.

2. ENSEIGNER LA COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT

2.1. Les consensus internationaux

2.1.1. La déclaration du consensus de Toronto (10)

Dans son chapitre sur la problématique de l'enseignement celle-ci énonce plusieurs grands principes :

- Les aptitudes de communication ne s'améliorent pas par l'expérience seule.
- Ces compétences peuvent être définies à l'aide de critères comportementaux et par conséquent être enseignées et évaluées de manière fiable et reproductible.
- Les cursus hautement structurés dans lesquels des compétences spécifiques sont identifiées, enseignées, pratiquées et évaluées, ont tendance à être plus efficaces que les programmes moins structurés
- Ces cours devraient inclure la formation continue de professeurs, un contrôle de la fiabilité de l'enseignement et un nombre relativement faible d'étudiants.
- L'utilisation de critiques sur support audio ou vidéo, de jeux de rôle ou de patients est efficace dans l'enseignement des compétences de communication.
- Les compétences de communication devraient être enseignées à tous les niveaux du cursus des études médicales.

2.1.2. La déclaration de consensus de Kalamazoo

Celle-ci énumère la séquence de tâches nécessaire à l'établissement d'une relation médecin-malade de qualité au cours d'une consultation médicale (11).

- *Ouvrir la discussion*

Permettre au patient de compléter son exposé introductif

Obtenir l'ensemble des préoccupations du patient

Établir et maintenir un lien personnel

- *Rassembler les informations*

Utiliser les questions ouvertes et fermées de manière appropriée

Structurer, clarifier et résumer les informations

Écouter activement en utilisant des techniques non verbales (par exemple, le contact visuel) et verbales (par exemple, des mots d'encouragement)

- *Comprendre le point de vue du patient*

Explorer les facteurs contextuels (par exemple, la famille, la culture, le sexe, l'âge, le statut socio-économique, la spiritualité)

Explorer les croyances, les préoccupations et les attentes en matière de santé et de maladie

Reconnaître les idées, les sentiments et les valeurs du patient et y répondre

- *Partager l'information*

Utiliser un langage que le patient peut comprendre

Vérifier sa compréhension

Encourager les questions

- *Parvenir à un accord sur les problèmes et les projets*

Encourager le patient à participer aux décisions dans la mesure où il le souhaite

Vérifier la volonté et la capacité du patient à suivre le plan

Identifier et mobiliser les ressources et les soutiens

- *Clôturer la consultation*

Demander si le patient a d'autres problèmes ou préoccupations

Résumer et affirmer l'accord avec le plan d'action

Discuter du suivi (par exemple, la prochaine visite, prévoir les résultats inattendus)

2.1.3. Le référentiel national

2.1.3.1. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales (abrogé)

«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 ».

2.1.3.2. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales

Article 5 : « Le deuxième cycle des études médicales a pour objectif l'acquisition des compétences génériques permettant aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les fonctions du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation. Les compétences à acquérir sont celles de communicateur, de clinicien, de coopérateur, membre d'une équipe soignante pluriprofessionnelle, d'acteur de santé publique, de scientifique et de responsable au plan éthique et déontologique. Il doit également apprendre à faire preuve de réflexivité. »

2.1.3.3. Article du 27 novembre 2017 de la HAS : « Communiquer - Impliquer le patient »

Dans cet article la Haute Autorité de Santé met à disposition des praticiens un ensemble d'outil destiné à améliorer la communication avec les patients tout en rappelant que le défaut de communication est une des causes majeures d'événement indésirable lié aux soins.

Ces outils sont :

- Le guide méthodologique : « Annonce d'un dommage lié aux soins » (12)
- « Faire-Dire » : outil de communication basé sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé.
- Un guide méthodologique : « Annoncer une mauvaise nouvelle » (13)

2.2. Bases de l'enseignement des compétences médicales de communication :

D'après Millette et al. six éléments essentiels sont à prendre en compte pour l'apprentissage de la communication médecin-patient (14) :

2.2.1. Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes

D'après les auteurs le guide Calgary Cambridge pour l'entretien médical est le modèle de référence (15).

2.2.2. Un enseignement pratique basé sur la rétroaction spécifique

Les auteurs proposent alors la pratique du jeu de rôle pour remplir cet objectif, c'est un des principes de l'enseignement en simulation. Une situation est recréé avec un patient simulé. L'étudiant 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.

2.2.3. Un cursus cohérent et longitudinal

L'efficacité de cette méthode d'enseignement tient aussi à la répétition des actes pour en favoriser l'ancrage. C'est pourquoi des sessions d'enseignement sur le thème de la communication médecin-patient doivent être organisées tout au long du cursus universitaire, elles doivent permettre une acquisition des compétences mais aussi leur réactualisation régulière.

2.2.4. Un processus d'évaluation des apprentissages

Un examen validant est nécessaire à l'enseignement de compétences de communication. Cette évaluation doit être établie dans un objectif sommatif mais aussi dans un objectif formatif grâce au rétrocontrôle qu'elle permet.

2.2.5. Proposer des activités de découverte de soi

Il existe une influence certaine de la personnalité et des représentations du médecin sur la relation qu'il établit avec un patient. Cette influence peut entraîner un biais de

jugement qui pourrait nuire à la prise en charge du patient. L'étudiant en médecine doit faire preuve d'une certaine capacité de méta-cognition pour limiter l'influence de sa personnalité sur ses décisions. La participation à des activités de partage comme des groupes de paroles ou d'échange entre pairs est alors encouragée. L'auto-évaluation à partir du visionnage des exercices de simulation peut aussi être utilisée

2.2.6. L'observation des pairs

Au cours des études médicales, l'enseignement en communication doit être réalisé par un médecin afin de faciliter la représentation de la communication en tant que compétence médicale. Par conséquent les habiletés en communication des maîtres de stage de l'étudiant doivent être exemplaires et faire partie de l'arsenal médical mis en action sur le terrain.

2.3. Évaluer les compétences de communication

2.3.1. L'examen clinique objectif structuré (ECOS)

Nouvel outil d'évaluation des compétences des étudiants en médecine, l'ECOS est intégré dans la réforme du second cycle des études médicales et sera, à l'échéance 2023, intégrer à l'épreuve final des connaissances de sixième année.

Un ECOS est un type d'exercice conçu de manière à évaluer des compétences cliniques. Cet outil basé sur la simulation a pour but d'évaluer de manière standardisée le comportement et les performances professionnelles. Ses objectifs sont : remettre la relation médecin-patient au cœur des études médicale, réduire le fossé existant entre les études de médecine et le début de l'internat. Grâce à ce type d'examen, l'étudiant peut analyser ce qui lui reste à travailler pour avoir une approche plus humaine, adapter son comportement et son approche médicale en fonction du patient.

En pratique il s'agit d'un scénario de simulation sur patient standardisé encadré par un tuteur. Cette simulation est observée par un évaluateur qui juge la capacité du médecin suivant une grille d'évaluation préétablie.

2.3.2. Le patient standardisé

D'après Neufeld le recours à un patient standardisé permet de créer une situation d'examen reproductible et fiable pour plusieurs étudiants (16).

Un patient standardisé est joué par un acteur formé à simuler l'histoire d'un vrai patient et à reproduire systématiquement les signes cliniques, la personnalité, le langage corporel et les réactions émotionnelles définies lors de la conception du scénario de l'exercice. Contrairement à d'autres techniques de simulation, le patient standardisé permet des échanges interpersonnels complexes idéaux pour l'évaluation des compétences relationnelles.

Le réalisme de la situation est par ailleurs renforcé par l'aménagement de l'environnement de travail.

2.3.3. Les grilles d'évaluation

Dans le domaine de l'évaluation des compétences relationnelles médicale et de la bonne conduite d'un entretien les grilles d'évaluation les plus fréquemment utilisées sont de 2 sortes : les listes de contrôle comportementales et les échelles de notation globales.

2.3.3.1. Les « checklist » comportementales

L'utilisation de ce type d'outil permet à l'évaluateur de vérifier si un comportement ou une tâche spécifique a été accompli pendant l'interaction.

L'avantage est qu'il est facile d'accès même pour un évaluateur peu expérimenté car les compétences y sont définies de manière précise (17).

Dans sa revue systématique des outils d'évaluation Schirmer en relève plusieurs :

- *Kalamazoo Essential Elements : the communication checklist : (11)*

Cette liste présente sept sections : établir la relation, procéder à une discussion ouverte, rassembler les éléments, utiliser les éléments de communication, recueillir les informations, comprendre le point de vue du patient, partager l'information réparties en 22 comportements évaluables.

La checklist comprend les éléments suivants : bien fait, à améliorer, pas fait ou pas
Elle est complétée par une échelle de Likert pour évaluer l'efficacité globale de la communication.

- *The SEGUE Framework (18)*

Cette liste 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. La checklist est binaire (oui/non)

- *The Macy Model Checklist (19)*

Cette liste comprend huit sections (préparer l'entrevue, débiter l'entretien, recueillir des informations, obtenir et comprendre le point de vue du patient, communiquer pendant l'examen ou l'intervention physique, partager des informations, parvenir à un accord, clôturer l'entretien) et trois sections pour les compétences relationnelles fondamentales (développer et maintenir une relation thérapeutique, aborder les émotions et les sentiments, et gérer le flux de communication). L'évaluation se fait sur 57 items. La checklist comprend : fait, fait mais doit être amélioré, et non fait.

2.3.3.2. Les échelles de notation

Principalement basées sur des échelles de Likert (pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord) elles fournissent plus d'informations sur la rencontre médecin-patient en ajoutant une dimension plus subjective à l'évaluation. Elle semblent donc plutôt réservée à l'évaluation par un expert du domaine évalué avec une bonne maîtrise de l'outil.

Setyonugroho suggère que l'utilisation des échelles de notation seraient supérieures aux checklist car elles présenteraient des niveaux de cohérence interne plus élevées. Il soumet par ailleurs l'idée qu'un modèle d'évaluation combiné (entre checklist et échelle) permettrait d'augmenter nettement la fiabilité de l'évaluation. (20)

Parmi les échelles de notation les plus utilisées on retrouve :

- *Le guide d'observation de Calgary-Cambridge (15)*

Composée de 74 items cette échelle permet par ailleurs l'insertion de commentaire sur l'ensemble des domaines évalués qui vont du lancement de la session, la collecte d'informations, l'établissement de relations et la clôture de la session à l'explication et la planification des soins, la présentation des options et la clôture de la session. Il s'agit d'une des grandes échelles de référence pour l'évaluation des compétences de communication.

- *La MAAS : Maastricht history taking and advice checklist (21)*

Il s'agit d'une échelle de Likert classique évaluant 17 compétences, avec 47 items à évaluer sur une échelle de 8 points allant de "absent", "médiocre" à "excellent" ou "sans objet".

2.4. La grille SURF

2.4.1. Présentation

Élaborée en 2018 au CUESIM (Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation) de la faculté de médecine de Nancy dans le cadre d'un enseignement d'UEPP (unité d'enseignement de parcours personnalisée) portant sur la psychologie médicale. Son objectif est l'évaluation des compétences relationnelles des étudiants en médecine dans le cadre spécifique d'un exercice en simulation avec patient standardisé.

Il s'agit d'une checklist comportementale inspirée par le guide de Calgary-Cambridge portant sur 4 domaines du déroulement d'un entretien médical :

Débuter l'entrevue et recueillir le problème

Identifier la problématique, rechercher le compromis, expliquer et planifier

Terminer l'entrevue

Conduite globale de l'entrevue

Elle présente 12 items côté 0 ou 1 et 4 items notés de 0 à 2. La note des items est par ailleurs associée à une note d'impression globale de l'entretien notée sur 20 (caractère subjectif de l'évaluation)
(cf annexe)

2.4.2. Quels objectifs ?

Cette grille spécifique a été créée dans le but de pallier à certaines difficultés liées aux échelles de références citées plus haut :

2.4.2.1. Limiter le nombre de paramètres d'évaluation

En effet les échelles de références peuvent comporter jusqu'à 74 items ce qui, dans le cadre d'une évaluation universitaire représente un temps d'évaluation considérable pour le nombre d'étudiant susceptible de se présenter aux ECOS.

De plus Brannick a montré qu'une impression globale de la performance du candidat est susceptible de colorer toutes les évaluations pour ce candidat car l'évaluateur donne la plupart du temps une impression globale sur le chapitre étudié en attribuant la même appréciation à chaque sous-catégorie. Il apparaît donc nécessaire de réduire le nombre d'item pour chaque catégorie de façon à augmenter la fiabilité de l'évaluation (22).

2.4.2.2. Adapter l'évaluation à l'état psychique du patient

La prise en compte de cet état dans l'évaluation est peu représentée dans les échelles de référence. Hors Hodges a montré qu'une prise en compte des états mentaux du patient rendait l'évaluation des compétences relationnelles plus indépendante des compétences cliniques techniques. En effet les compétences de communication des médecins seraient soumises à un effet de Halo chez l'examineur qui aurait tendance à généraliser les compétences de l'étudiant à partir de sa réussite dans un domaine de l'évaluation (ici la compétence technique).

2.4.2.3. Pallier l'absence d'un Gold Standard pour l'évaluation des compétences relationnelles des étudiants en médecine.

Bien qu'il existe de nombreuses grille d'évaluation des compétences relationnelles médicales aucune ne fait encore l'objet d'un consensus clair entre les chercheurs et

les enseignants. Dans les faits, la plupart des universités adaptent les échelles existantes sans soumettre leur échelle à une pratique rigoureuse de validation scientifique. Hors comme le souligne Setyonugroho (20) : 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.

2.4.3. Evaluation préliminaire

Une étude préliminaire fût menée en 2018 par l'équipe du Professeur ZUILY et du Dr Louis portant sur l'évaluation de la fiabilité du questionnaire SURF sur un échantillon de 23 étudiants en sixième année de médecine (FASM3).

Les objectifs de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la réalisation d'une mesure des compétences relationnelles par la simulation. Un second objectif consistait à mesurer les compétences relationnelles des étudiants et d'en identifier les déterminants.

Les résultats de cette étude pilote ont permis de confirmer la faisabilité de la mesure grâce à une concordance satisfaisante de mesures entre juges experts et non experts. Concernant les limites de l'utilisation de cette grille les auteurs notent :

- Qu'une formation et un entraînement sont nécessaires à son utilisation afin de limiter la variabilité de l'évaluation
- Qu'il est important d'adapter la grille aux caractéristiques du scénario.

Avec notre étude présentée en partie 2 nous nous inscrivons dans la continuité du travail de travail de recherche pour la validation scientifique de la grille SURF.

Il nous paraissait important d'asseoir les arguments de fiabilité de la mesure permise par cet outil d'évaluation, dans l'objectif de recherche établis par la HAS (2) et définie en introduction, de façon à ce qu'il puisse être utilisé dans l'éventualité d'un ECOS évaluant les compétences relationnelles d'un candidat.

Par ce travail de thèse notre objectif est de compléter les données scientifiques déjà établies dans le champ de la recherche sur la grille SURF et d'apporter notre modeste contribution pour permettre une évaluation fiable et reproductible des étudiants en médecine.

PARTIE 2 : ARTICLE

Assessment of medical student's communication skills using simulation: Reliability and validity of the SURF scale

Thomas Hubert ^{1a}, Matthieu Dezarmenien ^{1a}, Caroline Pham-Dinh ³, Stéphane Zuily, Hind Hani, Geraldine Louis, Vincent Laprevote ^{1,2,3}, Fabienne Ligier ³

Centre Psychothérapique de Nancy, Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie d'Adultes et d'Addictologie du Grand Nancy, Laxou, F-54520, France

INSERM U1114, Fédération de Médecine Translationnelle de Strasbourg, Pôle de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Strasbourg, Strasbourg, France

Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine, F-54500 Vandoeuvre-lès-Nancy

These authors contributed equally to this work.

***Address for Correspondence:**

Vincent Laprevote

Pôle Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie du Grand Nancy

Centre Psychothérapique de Nancy

1, rue du Dr Archambault

F-54 520 Laxou

France

Tel. +33 3 83 92 68 22

v.laprevote@chru-nancy.fr

Journal: Simulation in healthcare

Article type: Research Article

Word count: 2864

Running title: Assessment of medical student's communication skills using simulation

ABSTRACT

Introduction : Improving communication skills of students is now an important topic of medical studies. Simulation training is a performant tool to improve these competences. Therefore, standardized measures of students' communication skills during simulation is relevant to provide feedback to students. This study aims to validate the assessment scale "SURF" (evaluation by SimUlation of Relational skills) as being a reliable and valid tool to assess the communicational skills of medical students.

Method : 87 students were enrolled in a medical communication course at the fourth or fifth grade of their medical study. They were volunteers to play a simulation exercise with a standardized patient. Among the students, 38 had the opportunity to play the situation 2-3 months apart. Two assessors independently watched the video recordings of the clinical situation and used the SURF scale to evaluate their communication skills. We calculated the intraclass correlation coefficient (ICC) to test the interrater reliability, and the Cronbach's Alpha to measure the internal consistency of the tool.

Results : Each assessor carried out 128 ratings of the SURF-3 grid. We measured an intraclass correlation coefficient between the 2 assessors of 0.87. The students who passed the exercise to times had a mean performance increase of respectively 2.66 and 2.95 for evaluator 1 and 2. Both differences were significant.

Conclusion : The SURF scale shows a good inter-assessors reliability, showing a good stability across raters. Further studies are now needed to validate this scale with different medical situations.

Keywords : Relational skills, Communication skills, Clinical Education, Assessment tool, Medical Education, Simulation in Medical Education, Evaluation of clinical performance, "SURF"

INTRODUCTION

Professional communication is an essential factor in establishing a therapeutic relationship between a physician and his patient. The quality of communication between the physician and the patient can highly influence patients' behavior regarding their health. Kaplan et al. demonstrated that patients' health as well as their overall assessment of their health status was correlated with specific aspects of physician-patient communication (1) like more patient control, more affect expression (by the patient and the physician during the interview) and more informations given by the physician. A recent systematic review conducted on 17 randomized control trials, 17 controlled studies, and 8 qualitative studies by Riedl and Schlüssler confirms the importance of communication for patient health outcome as HbA1C in diabetes, quality of live in COPD or a better asthma control (2). As a result, teaching communication skills becomes an essential aspect of medical learning.

There is a broad consensus for simulation-based teaching of clinical skills. In a recent meta analysis, McGaghie et al. show that simulation-based teaching is superior to standard clinical teaching (3). The meta-analysis conducted by Okuda et al conducted on one hundred and thirteen articles (4) showed that simulation has been demonstrated to lead to improvements in medical knowledge, comfort in procedures, improvements in performance during retesting in simulated scenarios. Simulation has also been shown to be a reliable tool for assessing learners and for teaching topics such as teamwork and communication. From the student's point of view, Paskins and Peile showed the beneficial effects of simulation exercises on anxiety, self-confidence and sense of self-efficacy (5).

Concerning the learning specific communication skills through simulation teaching, several questions still need to be addressed. Kaplonyi et al made a critical review including 60 studies to understand the impact of simulated patients on health care learners's communication skills and has shown a wide acceptance of simulation teaching and proved that it is a valid means of teaching. But there is still too little evidence of the effectiveness of this method in improving patient care and no evidence of its economic viability (6).

The assessment of communication skills among medical students in simulation education is a specific challenge for evidence-based teaching. Shirmer et al produced a systematic review of communication skills assessment tools. They distinguish two types of tools to evaluate students' performance: behavioral checklists such as the SEGUE framework or grading scales mainly based on Likert scales (7). Setyonugroho et al. point out that the heterogeneity of measurement instruments used to assess communication skills limits the comparability of student performance between exams (8). Beside, Brannik et al. also showed the importance of the assessor's subjectivity when rating communication skills (9). Moreover, it appears necessary for a reliable and reproducible evaluation to take into account the parameters of the scenario used. Some items that are too generalized, such as "shows empathy", may generate a halo effect among evaluators and make the evaluation less standardized (10).

Finally three analysis frameworks are particularly recognized and used in the literature to assess the communication skills of physicians during an interview : Rother's Interaction Analysis System, MAAS-Global and the Calgary-Cambridge Observations Guides but these tools are but these tools have limitations in the context of student evaluation: their too large number of items does not seem to be adapted to a university evaluation situation, they are not adapted to the psychic state of the patient being evaluated, and there is no consensus on a gold standard.

That's why, after various studies on the appropriateness of verbal and non-verbal criteria in the assessment of relational skills (11–13) we designed for the standardized assessment of students : the SURF grid (in appendix) (for "évaluation par la SimUlation des compétences Relationnelles en FGSM") : a behavioral checklist inspired by the Calgary-Cambridge guide to the medical interview (14) simplified and adapted to the details of our scenario.

The main goals of this study was to evaluate the inter-rater reliability of the SURF scale by calculating the intraclass correlation coefficient between 2 assessors, and to measure d fiability and internal consistency of the grid.

METHODS

Participants

Medical students were recruited in Lorraine University between January 2015 and June 2019. The study was proposed during medical communication courses. All were volunteers for a specific training to relational skills in a simulation center. Students were free to refuse the training, with no consequence on their academic progress. Written consent was obtained from all participants. No participant was paid for taking part in the study. A total of 89 students participated at least once to the training. 38 of them passed the simulation exercise twice in the same year, thus allowing test/retest and totaling 128 video recordings.

Setting

The simulations were played in the University Center for Education and Medical Simulation (CUESIM) in Lorraine University. Simulation sessions included 8 to 12 students. Students were first briefed about the objectives of the study and the method of simulation. Then they received standardized information about the context of the clinical situation. All the students did the psychiatric simulation in a randomized order. After the psychiatric simulation, students had an immediate personal debriefing of the situation, in order to take in account the emotional impact of the exercise. At the end of the session, all the students met again with the instructors (FL, CPD and VL) and the standardized patient for general debriefing. These sessions were conducted in accordance with the recommendations for practice in medical simulation (15,16).

The scenario of the clinical situation has been designed and validated by three psychiatrists trained to medical simulation, and tested with the standardized patients before the simulation sessions. The standardized patient was embodied by different professional caregivers, who were volunteers and unknown to the students. They were not professional actors. They were specifically trained before the sessions. We assume that standardized patients were played by different people, since students' performances remain stable regardless of the actor when the actor is trained beforehand (15).

The scenario remained identical at each passage of the students: "It is 6.30 pm, time of medical replacement in the emergency department. Steven Dufour, 20 years old has been admitted. He presented with a head trauma with an initial loss of consciousness following a scooter accident. He struck a truck and was not wearing a helmet. He convulsed and vomited. Since his arrival at the SAU, his condition is stable. Glasgow scale is rated at 15 with a normal neurological exam. The last medical step before discharge is the realization of a brain scan. Steven must therefore wait for his scan. He is impatiently awaiting the arrival of the new doctor. " Students playing the simulation were presented as the next doctor to take care of Steven. Each student individually conducted a realistic interview of approximately 10 to 15 minutes. This interview, filmed, had a specific goal: to communicate as best as possible with a reluctant patient, victim of a road accident with head injury, in order to make him accept a brain scan. Their abilities to establish a relationship with Steven using their communication skills were thus highlighted and evaluated by the SURF scale.

The SURF assessment scale

The SURF scale was inspired by the Calgary-Cambridge scale (14), tailored to the simulation exercise. In a preliminary study, Louis et al. evaluated the relevance of the grid on 6 students and removed unnecessary evaluation criteria. They also identified 4 moments in the simulation (13) :

- The start of the interview.
- The identification of the problem, the search for a compromise, the explanation and the planning of patient management.
- The end of the interview.
- The overall conduct of the interview

The total of the items in the SURF scale allows a first measurement out of 20 for each assessors (Objective score). In parallel, each assessors also gave an overall assessment out of 20 (Subjective score). In total, the final measurement out of 20 was obtained: "Total score" = (Objective score + Subjective score) / 2.

The items of the scale are meant to be explicit allowing its generalization and its use by non psychiatric assessors.

Scoring of the scale

An initial viewing session on a group of 5 videos was carried out to allow learning of the grid by the two assessors. Subsequently, the two assessors viewed the 128 simulation video recordings and rated the SURF scale in 2 separate places, giving a respective score to each pass. The SURF grid has 16 items, rated between 0 and 1, of which 2 items are rated between 0, 1 and 2.

Statistical analyzes

We reported the descriptive analyzes on the total scores as following : mean, median and variance of the score. The main judgment criterion was the inter-rater reliability of the SURF scale measured by the calculation of the intraclass correlation. We also measured Spearman correlation index between objective score and subjective score for each assessor, as an argument of internal consistency. Cronbach's alpha was calculated to determine the consistency of the scale SURF for each assessors.

Concerning the students who had two sessions (test-retest), the difference between the mean scores of the first and the second session was compared by a Student's t test on paired data.

Statistical analyzes were performed with Statistica and SPSS. A value of $p < 0.05$ was considered to be statistically significant.

SURF Scale's Reliability

Inter-assessors agreement is represented by the calculation of the Intraclass Correlation Coefficient (ICC), used here to measure the degree of agreement between assessors in a situation where the scale of the assessment is continuous or ordinal.

In general, the ICC determines the reliability of the assessments by comparing the variability of the different assessments of the same individual to the total variation of all the assessments and of all the individuals (17,18).

A high ICC, close to 1, indicates a great similarity between the values of the same group. A weak ICC, close to zero, means that the values of the same group are not similar.

In this study, the results of the different total scores for each video recording were used in comparison with each assessor.

A was calculated in order to check the correlation between the “Objective score” and the “Subjective score”.

Student's progression

As a secondary objective, it would be interesting to show that by using the SURF scale during simulations, we can enlighten a student's progression concerning communication skills. We decided to do a “t of student”, a statistical test to compare the means of two groups of samples. The question is therefore whether the means of the two groups are statistically significantly different.

RESULTS

Sample characteristics

A total of 87 students from 4th et 5th grade in medical education participated in the study.

A subgroup of 38 students taking the test under similar conditions (same actor, same scenario) 3 to 4 months after their first time.

Table 1 shows the distribution of the “Total Score” for each assessor, completed by the figure 1.

Table 1: *distribution of “Total score” established for each assessor*

	n	Mean	Median	Min	Max	Variance	SD	skewness
Assessor 1	128	11.30	11.50	3	19	11.54	3.40	- 0.204
Assessor 2	128	11.64	12	3	18.5	14.21	3.77	- 0.204

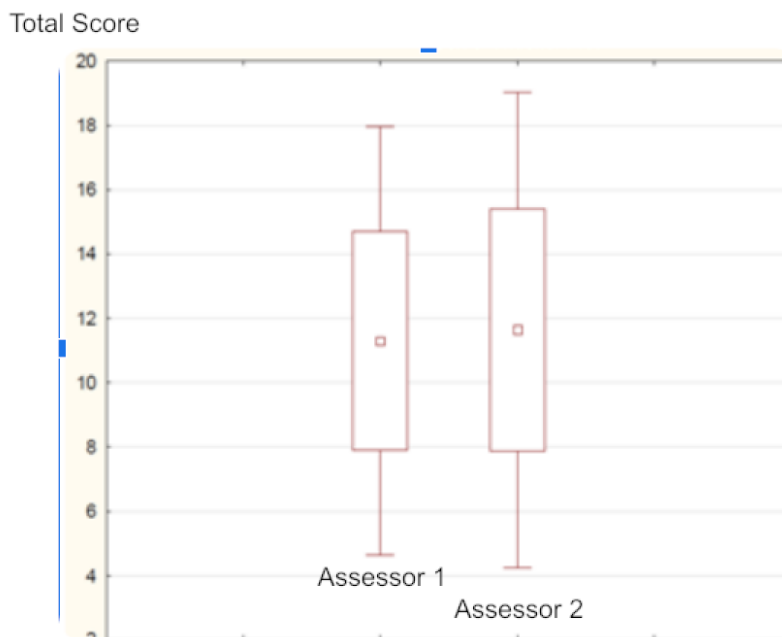


Figure 1 : Box Plot expressing the Total Score for assessor 1 and 2

Statistical reliability index of the SURF scale : ICC

ICC calculated for the Total Score is 0.87 (95% CI: 0.82-0.91)

ASSESSOR 1

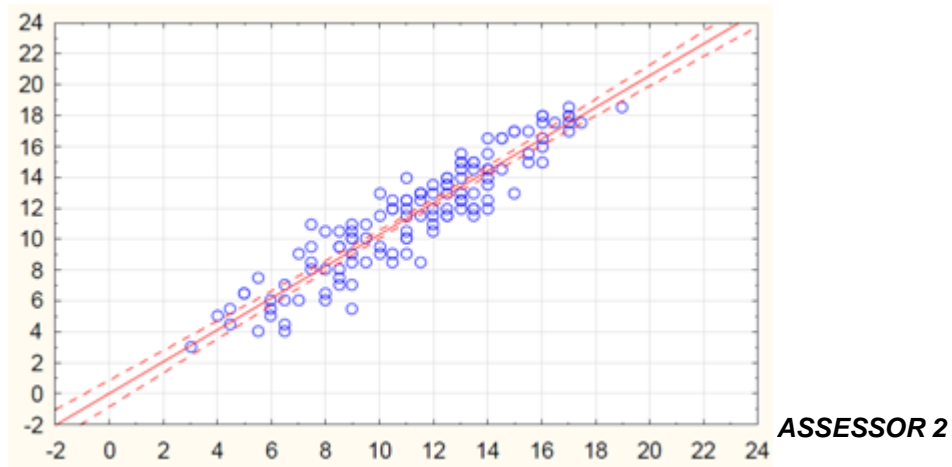


Figure 4 : point cloud illustrating the correlation of the SURF Total Score for each assessor

For the “Objective Score” : ICC was 0.84 (CI : 0.78 - 0.89) and for the “Subjective Score” ICC was 0.83. (95% CI : 0.77 - 0.88)

Correlation between “Objective Score” and “Subjective Score”

PEARSON's correlation index (r) between the “Objective Score” (sum of points allocated to each item) and the “Subjective Score” (overall assessment of the quality of the relationship) is 0.84 ($p < 0.005$) for assessor 1 and 0.85 ($p < 0.005$) for assessor 2.

Cronbach's Alpha

For assessor 1 : Cronbach's alpha was 0.61 and the standardised alpha was : 0.62

For assessor 2 : Cronbach's alpha was 0.54 and the standardised alpha was : 0.55

Student's T Test of the subgroup

Table 2 and table 3 summarizes the means and standard deviations for the subtest.

Table 2 : *Subtest : assessor 1 means, standard deviations, quartile, median (n=38)*

	Mean	SD	Min	Max	Q1	med	Q3
Pass 1	10.32	3.8	3	17	7.5	10	14
Pass 2	12.97	2.8	7	19	11	13	15

Table 3 : *Subtest : assessor 2 means, standard deviations, quartile, median (n=38)*

	Mean	SD	Min	Max	Q1	med	Q3
Pass 1	10.47	4.08	3	18	7.5	9	14
Pass 2	13.42	2.97	7	18.5	11.5	13	15.6

For assessor 1 : the difference between the means (M1-M2) was -2.66, T value was 4.05 and highly significant ($p < 0.005$).

For assessor 2 : the difference between the means was - 2.95, T value was 4.56 and highly significant too ($p < 0.005$)

DISCUSSION

This study showed a good reliability and validity with ICC of 0.87 (95% CI: 0.82-0.91) for the SURF scale. It corresponds to an inter-assessors agreement of good quality, according to literature (19). We also showed an ICC at 0.84 for the Objective score and an ICC at 0.83 for the Subjective Score, which were highly correlated. As a result, the association of both scores increased the ICC. Moreover, the students who passed the assessment two times increased their score from 4 points in mean, showing a significant progression between the two sessions. In order to support the reliability of the scale, a cronbach's alpha was calculated on the 16 items of the SURF scale. The results obtained with the SURF scale were not significant, and the alphas obtained were below 0.70 (0.61 for assessor 1 and 0.54 for assessor 2), which corresponds, in view of literature, to average cronbach alphas to support the internal consistency of the scale. These results can be explained by the need to integrate items on the SURF scale which are specific to the simulation scenario.

Alias and Rossman (20) developed an analytical rubric for alternative assessment of scientific oral activities with the inculcation of 21st century skills. The aim of their research was to determine whether the developed analytical rubric was suitable for assessing oral communication skills in science activities. They used 5 experienced teachers as assessors to test the reliability of the rubric using an intra-class correlation coefficient (ICC). Their study found that the analytical rubric had a high absolute agreement of 85.0% [ICC = .85 (95% CI, .69 to .94)], showing a comparable reliability to SURF scale. In another study, Rees and Sheard (2002) developed a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning : the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). They showed the fidelity of the scale using a different method. Their scale was composed of two subscales evaluating positive attitudes and negative attitudes toward communication skills. To prove the reliability of the two subscales they used a test-retest method and determined the consistency of the scale by calculating a Cronbach alpha. They obtained an internal consistency of $\alpha=0.873$ and an intraclass correlation of 0.646 ($P<0.001$) for the subscale I. Subscale II had an internal consistency of $\alpha = 0.805$ and an intraclass correlation of 0.771 ($p<0.001$).

This generates heterogeneity within the scale when we want to assess only one dimension, which is communication skills of students. We can also interpret this result as being a consequence of one of the limits of our study, in particular the fact that certain video recordings had a badly recorded beginning thus causing an irregularity in the fact of noting the scale. So while students have had excellent results, these may have been poorly correlated to the final results by the lack of scoring of certain items such as "Give his name and surname".

This study presents several limits. Firstly, the quotation of the SURF scale has been made on the basis of video recordings, which could have generated a bias in the comprehension of the recordings by the raters. Secondly, this grid has been tested with a unique scenario. Further studies should now explore a larger application to several medical situations.

If we had to look for new studies to be carried out on the SURF scale in order to support its reliability and validity it would be interesting to set up a protocol for evaluating video recordings at different times given during the year, by a single evaluator, this would make it possible to carry out a "test-retest" as seen in other studies (21), once again using the intraclass correlation coefficient of the results of the scale but in this case evaluating the stability of the scale over time.

The SURF grid shows excellent reliability and validity parameters. This scale, built from a validated model and adapted to the simulation situation, allows a stable evaluation of the performance of medical students in their communication skills. IFuture studies should now evaluate its performances in various medical situations.

Funding Source

Simulations resources for this study have been provided by Université de Lorraine.

Author contribution :

FL, VL, CPDL, MD and TH were responsible for the study concept and design. TH, HH and MD collected the data and made the database. MD and TH were respectively Assessor 1 and Assessor 2 of the Surf Scale. MD and TH made the statistical analysis. FL, VL and CPDL helped for data analysis and interpretation of findings. TH and MD drafted the manuscript. FL, VL and CPDL provided critical revision of the manuscript for important intellectual content. All authors critically reviewed content and approved the final version for publication.

Conflict of Interest:

The authors have no potential conflict of interest to report.

REFERENCES

1. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. *Med Care.* 1989;27(3):S110-27.
2. Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother.* juin 2017;63(2):131-50.
3. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009: Simulation-based medical education research 2003–2009. *Med Educ.* janv 2010;44(1):50-63.
4. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med N Y.* août 2009;76(4):330-43.
5. Paskins Z, Peile E. Final year medical students' views on simulation-based teaching: A comparison with the Best Evidence Medical Education Systematic Review. *Med Teach.* juill 2010;32(7):569-77.
6. Kaplonyi J, Bowles K-A, Nestel D, Kiegaldie D, Maloney S, Haines T, et al. Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: a systematic review. *Med Educ.* déc 2017;51(12):1209-19.
7. 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;37(3):184-92.
8. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJ. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(12):1482-91.
9. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ.* 2011;45(12):1181-9.
10. 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;30(1):38-43.

11. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932317>
12. Gurtner G, Milazzo M. 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 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932152>
13. Louis G, Pham-Dinh C, Laprevote V, Zuily S. Evaluation par SimUlation des compétences Relationnelles en FGSM3 Etude pilote SURF3. :28.
14. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Acad Med*. août 2003;78(8):802–809.
15. Brenner AM. Uses and Limitations of Simulated Patients in Psychiatric Education. *Acad Psychiatry*. 1 mars 2009;33(2):112-9.
16. Boet S. La simulation en santé: de la théorie à la pratique. 2014.
17. Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Med Educ*. sept 2004;38(9):1006-12.
18. Touzani M. Le processus de validation des échelles de mesure : fiabilité et validité. In 2000.
19. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. juin 2016;15(2):155-63.
20. Alias A, Osman K. ASSESSING ORAL COMMUNICATION SKILLS IN SCIENCE: A RUBRIC DEVELOPMENT. :18.
21. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ*. 2002;36(2):141-7.

PARTIE 3 : DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. RÉSULTATS ET OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était de montrer la fiabilité et la validité de l'échelle SURF. Cet outil a pour but d'évaluer les compétences en communication des étudiants en médecine lors d'un entretien simulé. Avec une évaluation fiable des compétences observées, cela permet d'obtenir un support stable pour améliorer les compétences de l'étudiant.

Pour parvenir à ce but, nous avons utilisé le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) comme critère de jugement principal. Ce coefficient représente la corrélation inter-évaluateurs sur le même outil psychométrique. Il est régulièrement utilisé dans la littérature (23) comme un indice statistique de fiabilité concernant les échelles psychométriques.

L'ICC obtenue dans notre étude, estimant la corrélation entre l'évaluateur 1 et l'évaluateur 2 est de : 0.87.

Étant situé entre 0.75 et 0.90, cela représente une corrélation de bonne qualité entre les deux évaluateurs selon des études récentes (24). Cela montre que l'échelle SURF est un outil psychométrique qui peut être utilisé par différents évaluateurs sur un même échantillon et donner des résultats significativement identiques et reproductibles. Ce résultat appuie la fiabilité et la validité de l'échelle SURF. Cette échelle peut ainsi constituer une base de notation pour attribuer un niveau de compétence en communication de l'étudiant, lors de l'entretien simulé.

Il est intéressant de noter que le score total de l'échelle est composé d'une note objective correspondant aux questions de l'échelle SURF, et d'une note subjective correspondant à une note basée sur l'impression générale du déroulement de l'entretien par l'évaluateur. Cette étude montre que la corrélation de la note objective entre les deux évaluateurs est améliorée quand elle est associée à la note subjective. Cela permet de faire passer l'ICC de 0.84 à 0.87.

Concernant l'objectif secondaire de notre étude, nous souhaitons montrer les bénéfices d'une évaluation par l'échelle SURF pour les étudiants. Elle devait pouvoir montrer l'amélioration des compétences en communication chez les étudiants en médecine ayant passé l'exercice de simulation. En utilisant un sous-échantillon d'étudiants ayant passé l'exercice deux fois, nous avons comparé les moyennes des scores obtenues et utilisé le calcul du T de student. Il permet de comparer deux moyennes appartenant à une loi normale de distribution.

L'échelle SURF a permis de montrer une amélioration des moyennes des étudiants de 2.66 et 2.95 points, statistiquement significative avec des valeurs T à 4.05 et 4.56 hautement significatives ($p < 0.005$), respectivement pour les évaluateurs 1 et 2. Au vu de ces résultats, on peut en déduire une probable amélioration de leurs compétences en communication.

2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Lors de la réalisation de cette étude, il est apparu intéressant de pouvoir analyser l'homogénéité de cette échelle afin de pouvoir démontrer et appuyer sa fiabilité. Cependant, cette échelle n'a pas pour but de devenir une référence unique d'évaluation sur les compétences en communication. De plus, les items ou questions composant l'échelle sont parfois spécifiquement dédiés au scénario présenté. Ils ne peuvent pas être tous généralisés sur d'autres exercices évaluant les compétences en communication mais sont adaptés au scénario de l'entretien qui a été conçu avec l'échelle.

Lors du calcul de l'alpha de Cronbach, qui représente l'homogénéité d'une échelle, celui-ci a été en dessous des valeurs seuils attendus. Ce résultat faible statistiquement, s'explique en partie par les items spécifiques au scénario. L'alpha de Cronbach peut également être abaissé à partir du moment où l'échelle évalue plusieurs dimensions. Or, les compétences en communications abordent plusieurs dimensions, que ce soient les compétences verbales mais également les compétences non verbales comme démontré dans la thèse de Dr Gurtner et Dr Milazzo (25). Cette évaluation de plusieurs dimensions vient ici abaisser

l'homogénéité de l'échelle. En conséquence, l'alpha de Cronbach n'est ici, pas assez significatif statistiquement afin de démontrer la fiabilité de l'échelle.

La présence d'items spécifiques au scénario s'explique par la volonté initiale de rendre l'échelle SURF utilisable par des évaluateurs qui n'ont pas de connaissance en psychiatrie ou en psychologie. Les termes techniques correspondant à la qualité de la relation ont été simplifiés et corrélés à des éléments du scénario (exemple : "Appel sa copine ou les radiologues pour tenter d'avancer le scanner") afin de rendre plus intelligibles ces termes à des observateurs non formés. Cette spécificité de certains items de l'échelle SURF pourrait être rendue plus générique si les évaluateurs étaient formés à l'échelle. Cela permettrait une utilisation de l'échelle sur d'autres scénarios mais engendrerait un coût supplémentaire de formation.

3. CONCORDANCE AVEC LES RÉSULTATS DE TROIS ÉTUDES PRÉCÉDENTES RÉALISÉES A LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Depuis 2016, plusieurs études ont été réalisées à Nancy en lien avec le développement des compétences en communication des étudiants en médecine. Notre étude vient à la suite de ces différents travaux, et vient corroborer ainsi les résultats déjà obtenus.

Initialement, en janvier 2017, le Dr G. Bourgeois soutient une thèse s'intitulant "La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation" (26). Les résultats de cette étude montrent la satisfaction des étudiants quant à la formation à la psychologie médicale et à la communication. Il montre également que la réalisation d'exercices de simulation permet aux étudiants de progresser concernant leurs compétences en communication.

La même année, Dr Gurtner et Dr Milazzo soutiennent une thèse cherchant à déterminer la pertinence de critères verbaux et non verbaux dans l'évaluation des

compétences en communication (25). Elles retrouvent cinq nouveaux critères pouvant constituer une base de notation pour attribuer un niveau de compétence en communication de l'étudiant : la durée des énoncés du patient, le nombre de hausses de ton du patient, la nervosité du patient, la nervosité du médecin et la proxémique du médecin par rapport au patient..

Par la suite, en 2018, le mémoire réalisé par le Pr Stéphane Zuily en binôme avec le Dr Louis (27), montre la possibilité d'évaluer les compétences en communication en créant l'échelle SURF3-16, échelle utilisée lors de notre étude. Cette échelle est inspirée de la grille Calgary-cambridge, du guide de l'entretien médical, et des déterminants d'une relation médecin-malade de bonne qualité retrouvés dans l'étude des Dr Gurtner et Milazzo.

Notre étude vient ici compléter et contribuer aux travaux déjà réalisés. En effet l'échelle SURF a été créée et remaniée en fonction des études précédentes. Il restait à pouvoir démontrer la fiabilité et la validité de cette échelle sur un échantillon conséquent d'étudiants ayant été évalués par l'échelle SURF. Cela a été notre objectif principal au cours de cette étude. Les travaux de recherche réalisés à Nancy font part de cette tendance à remettre la psychologie médicale au premier plan de l'enseignement en médecine.

4. LES DIFFICULTÉS POUR OBTENIR UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION FIABLE ET UNIVERSELLE

Dans la littérature (28–30), de nombreux auteurs décrivent plusieurs méthodes afin de construire et établir une échelle psychométrique de bonne qualité. Elle doit être construite de manière à limiter au maximum le nombre d'erreurs venant s'immiscer dans la notation de ce qu'elle souhaite évaluer. Cependant, il est souvent demandé dans ces méthodes de pouvoir comparer les échelles d'évaluation à d'autres échelles déjà établies et ayant une forte fiabilité et validité. Les compétences en communications abordent un champ d'évaluation peu mis en avant dans les études scientifiques. Les échelles adaptées à cette évaluation sont encore trop peu nombreuses pour permettre des comparaisons statistiques de bonne qualité sachant

qu'elles n'ont pas toujours le même objectif. De plus, ces outils d'évaluations permettent de valider la présence des compétences mais ne définissent pas encore un niveau précis permettant de comparer les étudiants uniquement sur la base des résultats de ces outils.

La grille de Calgary Cambridge est une grille d'évaluation des processus de communication lors de l'entretien médical (15). Cette grille propose un référentiel solide et détaillé sur les habiletés de communication requises au cours de la pratique médicale et représente une base intéressante pour élaborer des programmes de formation pertinents et efficaces. Cependant, cette grille n'est pas adaptée à l'évaluation rapide d'un étudiant passant un entretien simulé. De plus, la relecture de cette grille demande un certain temps avant d'obtenir une vision complète de l'évaluation. Elle se montre très précise pour reprendre les processus de communication lors d'un entretien médical mais se trouve peu efficace dans le cadre d'une évaluation rapide.

L'échelle SURF est une échelle spécifiquement dédiée à l'évaluation des compétences en communication chez les étudiants en médecine lors d'exercices d'évaluations. Elle a pour objectif à terme de permettre une évaluation rapide et efficace de ces compétences lors d'examens chez les étudiants. Ces examens feront passer de nombreux étudiants sur des exercices de courte durée. Il sera nécessaire que l'échelle puisse être cotée rapidement afin d'obtenir le score de l'étudiant. Cette nécessité d'efficacité spécifique à ces exercices amène des caractéristiques qui seront difficilement généralisables. L'échelle SURF n'a pas pour objectif de devenir un outil de référence concernant l'évaluation des compétences en communications. Cette nuance peut amener les limites décrites précédemment.

5. BÉNÉFICES DE L'ÉVALUATION PAR L'ÉCHELLE SURF SUR L'ÉTUDIANT

5.1. Interprétation de l'évaluation par l'étudiant

Une évaluation doit permettre à un étudiant de visualiser ses erreurs et de lui faire prendre conscience de ses lacunes mais également de ses points forts. L'échelle permettant l'évaluation doit pouvoir représenter de manière directe ces aspects de l'apprentissage. Le temps du débriefing de l'étudiant peut être un moment opportun afin de montrer à l'étudiant les résultats de l'échelle SURF et lui permettre de visualiser rapidement les moments clés de son entretien. L'échelle SURF reprend les différents temps de l'entretien que l'on retrouve dans le guide de l'entrevue médicale : la grille Calgary Cambridge (15). Cette structuration de l'entretien, que l'on retrouve dans l'échelle SURF permet à l'étudiant évalué de mieux visualiser le déroulé de son entretien et d'entrevoir des pistes d'amélioration concernant ses compétences en communications.

De plus, cette échelle étant rapide et simple à compléter, elle permet à l'évaluateur de repérer rapidement les points à reprendre avec l'étudiant. Cela permet pour l'évaluateur, en amont du débriefing, de déterminer les explications les plus utiles pour faire progresser l'étudiant.

5.2. Des compétences en communication globales

Notre étude permet de connaître les résultats attendus face à un patient agité. Il est nécessaire de reproduire cette évaluation par l'échelle SURF sur d'autres profils de patient. L'exercice de simulation face à un patient agité est un exercice difficile concernant la mise en place d'une relation médecin-malade de bonne qualité. Les compétences en communications que vont développer cet entretien vont permettre à l'étudiant de faciliter sa mise en relation avec les patients en général.

Cependant, il serait intéressant de développer les compétences en communication des étudiants sur d'autres entretiens spécifiques. On peut imaginer d'autres scénarios d'entretien en simulation mettant en avant les compétences en communication et la mise en relation avec les patients. Par exemple, des patients

ayant des demandes pressantes et peu indiquées à leur trouble, des patients n'ayant pas compris l'explication de leurs troubles ou des patients méfiants ayant de fort à priori sur certaines pratiques médicales ou des traitements médicamenteux. L'article réalisé en 2004 par Millette, Lussier et Goudreau, reprend plusieurs situations cliniques en médecine qui mobilisent les compétences en communication du médecin face à son patient. Ces situations sont des exemples d'autres scénarios possible à explorer.

Avoir de multiples situations de mise en pratique permettrait à l'étudiant de compléter et améliorer certaines lacunes et améliorer ses compétences en communication de façon plus approfondie et affirmé. L'échelle SURF pourrait être légèrement modifiée afin d'apporter une fiabilité et une validité à de nouvelles échelles d'évaluation des compétences en communication sur ces nouvelles situations. En outre, si elles permettent de valider des compétences chez les étudiants, il paraît très ambitieux de pouvoir classer des étudiants uniquement sur les moyennes de ces grilles d'évaluations.

5.3. Un système d'évaluation permettant une progression

L'assimilation des résultats de l'échelle SURF offre un support de qualité pour l'étudiant dans la maîtrise des compétences en communication. Il sera capable pendant l'entretien d'être attentif à ses réponses et comportements et aux différents retours du patient qui peuvent indiquer une faille de l'alliance thérapeutique. Ainsi, il pourra adapter son discours et son attitude en conséquence (se présenter correctement, moduler son ton, sa proxémique, adapter ses explications et reformuler). Il aura un contrôle immédiat de son alliance thérapeutique avec le patient. La note objective lui montre les points qu'il aurait pu aborder au cours de l'entretien, tandis que la note subjective lui montre l'impression globale qui ressort de l'exercice de simulation. Enfin, la note totale exprime son niveau de compétences en communication à un instant sur un exercice de simulation donné.

6. CHANGEMENTS APPORTÉS À L'ENSEIGNEMENT ET PERSPECTIVES D'AVENIR

6.1. Les exercices de simulations

Les exercices de simulation ne cessent de se développer afin de permettre d'évaluer de nombreux domaines de compétences médicales. On retrouve ce type d'apprentissage dans de nombreuses spécialités médicales qui les ont progressivement incorporés au vu de leur efficacité par rapport aux apprentissages théoriques classiques (31,32). Plusieurs exercices de simulation se sont développés, que ce soit les exercices de simulation avec un mannequin au cours des formations aux gestes d'urgence ou bien la simulation avec un robot pour les spécialités chirurgicales, et enfin les exercices de simulation avec un patient simulé par un acteur. Ces derniers sont les plus récemment investis par l'enseignement et montrent régulièrement, dans la littérature, leur efficacité (22,33,34). Ils permettent de transmettre des compétences médicales de manière efficace notamment sur les compétences en communication (34).

6.2. Les Examens cliniques objectifs et structurés (ECOS)

L'enseignement en France s'en trouve transformé et cela génère de nouvelles formes d'évaluation de ces apprentissages. Depuis 2018, la réforme du deuxième cycle des études médicales a été annoncée et avec elle la volonté de créer de nouvelles formes d'enseignement et d'évaluation mettant en avant les compétences globales des étudiants en médecine (35). Les connaissances théoriques médicales ne seront plus le seul aspect évalué par l'Examen Classant National prévu pour 2021. Les compétences acquises sur les terrains de stages et lors des exercices de simulation médicale seront également évalués. La capacité à nouer une relation médecin-malade de bonne qualité devient ici un élément clé à valoriser lors de l'enseignement.

Ainsi, les Examens cliniques objectifs et structurés (ECOS), cités plus haut dans cette étude, sont la manifestation de ce changement. Un ECOS est un examen permettant d'évaluer les compétences et connaissances des étudiants en médecine. Il est intégré dans le cursus des études médicales au Canada et en Suisse depuis une dizaine d'années. Il permet de confronter l'étudiant à l'ensemble des situations en lien

avec son futur métier et ce, de manière réaliste. Il servira de support à la formation mais aussi d'outil d'évaluation pour les examens. Ses modalités permettent une évaluation fiable, objective et reproductible des étudiants (34).

Cette nouvelle forme d'examen va demander des outils d'évaluation adaptés et fonctionnels afin d'évaluer les compétences en communication des étudiants.

CONCLUSION

La relation médecin-patient est un élément central de l'univers médical et de nombreuses études font part du lien bénéfique qui existe entre une bonne communication et une bonne prise en charge globale. Avec des effets positifs apparaissant à court et long terme pour les deux parties.

Partant de ce constat, depuis plusieurs années en France, des changements se sont opérés dans l'enseignement des études de médecine afin d'appuyer et valoriser cet aspect de l'apprentissage de la médecine chez les étudiants. Au delà des abords théoriques solides déjà présents, de nouveaux espaces d'enseignements se créent, notamment par le biais des exercices de simulation, permettant une approche concrète de la communication. Les examens comme les ECOS sont l'exemple d'un tel mouvement.

Afin de pouvoir évaluer ces nouveaux terrains d'enseignements, il est indispensable d'avoir en main des outils adaptés permettant une évaluation fiable de ces compétences en communication.

L'échelle SURF est un outil d'évaluation des compétences en communication des étudiants en médecine sur un exercice de simulation mettant cette qualité au premier plan. Elle a été conçue dans cette optique et c'est pourquoi nous avons voulu dans cette étude, montrer la fiabilité et la validité de cette échelle.

Par le biais de l'indice de corrélation inter-évaluateurs, nous avons pu montrer la fiabilité et la validité de l'échelle SURF comme outil d'évaluation.

Certains pays, principalement anglo-saxons, ont déjà opéré un renforcement de cet enseignement en utilisant différentes méthodes (cours théoriques, mise en pratique) avec des résultats probants.

Cet outil psychométrique n'a pas pour ambition de devenir un outil de référence unique mais plutôt de devenir le terreau propice à l'élaboration de nouveaux outils basés sur les mêmes critères de validité et de fiabilité.

A l'avenir, cela permettrait de multiplier la création d'outils permettant d'évaluer la communication et la mise en pratique de celle ci chez les étudiants en médecine sur des scénarios variés et enrichissants. Avec comme objectif final : remettre la psychologie médicale au coeur de notre enseignement et la promouvoir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Granry, Moll. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
2. Granry, Moll. Etat de l'Art (national et international) en matières de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. HAS; 2012.
3. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie Médicale*. nov 2010;11(4):255-72.
4. Talcott Parsons. *The social system*. Free Press. 1951.
5. Szasz TS. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1 mai 1956;97(5):585.
6. Freidson E. The Sociology of Medicine. *Curr Sociol*. déc 1962;11(3):123-40.
7. Brooke. *Decision-Making in General Practice*. 1985.
8. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. *Fam Pract*. 1992;9(2):210-8.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
10. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303(6814):1385.
11. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-3.
12. Schnebelen C, Pothier F, Furney M. Annonce d'un dommage associé aux soins. Tech. rep., Haute Autorité de Santé; 2011.
13. Mihura J, Erbaut M, Chabot JM, Grenier C. Annoncer une mauvaise nouvelle. HAS Février. 2008;
14. 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*. mai 2004;5(2):110-26.

15. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Acad Med.* août 2003;78(8):802–809.
16. Neufeld V. *Assessing clinical competence.* Vol. 7. Springer Pub Co; 1985.
17. 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;37(3):184-92.
18. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001;45(1):23-34.
19. Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, et al. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Acad Med.* 2004;79(6):511-20.
20. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJ. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(12):1482-91.
21. Van Thiel J, Kraan HF, Van der Vleuten CPM. Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Med Educ.* 1991;25(3):224-9.
22. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ.* 2011;45(12):1181-9.
23. Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull.* 1979;86(2):420-8.
24. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med.* juin 2016;15(2):155-63.
25. Gurtner G, Milazzo M. 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 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932152>

26. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932317>
27. Louis G, Pham-Dinh C, Laprevote V, Zuily S. Evaluation par Simulation des compétences Relationnelles en FGSM3 Etude pilote SURF3. :28.
28. Touzani M. Le processus de validation des échelles de mesure : fiabilité et validité. In 2000.
29. Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Med Educ.* sept 2004;38(9):1006–1012.
30. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull.* 1955;52(4):281-302.
31. Cory MJ, Colman N, McCracken CE, Hebbar KB. Rapid Cycle Deliberate Practice Versus Reflective Debriefing for Pediatric Septic Shock Training. *Pediatr Crit Care Med J Soc Crit Care Med World Fed Pediatr Intensive Crit Care Soc.* 2019;20(5):481-9.
32. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does Simulation-Based Medical Education With Deliberate Practice Yield Better Results Than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence: *Acad Med.* juin 2011;86(6):706-11.
33. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009: Simulation-based medical education research 2003–2009. *Med Educ.* janv 2010;44(1):50-63.
34. 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;30(1):38-43.
35. ANEMF. Réforme du deuxième cycle des études médicales (R2C): point d'étape [Internet]. [cité 13 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/09/04/reforme-du-deuxieme-cycle-des-etudes-medicales-r2c-point-detape/>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide calgary-cambridge de l'entrevue medicale

<p>I - DÉBUTER L'ENTREVUE</p> <p>A - Préparer l'entrevue</p> <p>B - Établir le premier contact (l'accueil)</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>C - Identifier la (les) raison(s) de consultation</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	
<p>II - RECUEILLIR L'INFORMATION</p> <p>A - Exploration des problèmes du patient</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)	

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<p>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</p> <p>4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation)</p> <p>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</p> <p>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> »)</p> <p>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</p> <p>8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé</p> <p>9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début</p> <p><u>B - Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient</u></p> <p>1. Détermine activement et explore adéquatement :</p> <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 <p>2. Encourage le patient à exprimer ses émotions</p>	
<p style="text-align: center;">III - STRUCTURER L'ENTREVUE</p> <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>	

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<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>	
<p><u>IV - CONSTRUIRE LA RELATION</u></p> <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>	

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<ol style="list-style-type: none"> 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 3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission 	
V - EXPLIQUER ET PLANIFIER **	
<u>A - Fournir la quantité et le type adéquats d'information</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications 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 3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex. : l'étiologie, le pronostic) 4. Donne l'information à des moments appropriés : Évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer 	
<u>B - Aider le patient à retenir et comprendre les informations</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise les explications : Divise l'information en parties logiquement organisées 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...». « Maintenant, abordons... »</i>) 3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information 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 	

[#] **Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :**

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

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 lorsque 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

Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ualgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<p>VI - TERMINER L'ENTREVUE</p> <p><u>A - Planifier les prochaines étapes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin 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><u>B - Préparer la fin de l'entrevue</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins 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> <p><u>A - Si discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme spécifiquement le ou les problèmes 2. Révèle les raisons supportant les opinions exprimées 3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et long termes 4. Favorise l'expression par le patient de ses croyances, réactions et préoccupations au sujet des opinions émises <p><u>B - Si élaboration conjointe d'un plan d'action</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Discute des alternatives, par ex. : aucune action, investigation, médication ou chirurgie, traitements non pharmacologiques (physiothérapie, marchettes, solutés, psychothérapie, mesures préventives) 	
---	--

[#] *Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :*

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.

<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>	
--	--

Références

Version originale anglaise :

Kurtz SM, Silverman JD, Draper J. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2nd edition).* Abingdon (UK) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients (2nd edition).* Abingdon (U-K) : Radcliffe Medical Press (Oxford), 2004 (sous presse).

Version française :

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).

[#] **Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills :**

< <http://www.skillscascade.com> > ou < <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources> >.

Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude

Annexe 2 : Grille surf pour l'évaluation par la simulation des compétences de communication des étudiants en médecine

Etudiant :

Date :

Evaluateur :

	Points	Note
Début de l'entrevue et recueil du problème		
Se présente avec précision : <i>Nom + prénom</i>	1	
Identifie la problématique, trouve un compromis, explique et planifie		
Utilise des questions fermées dans un interrogatoire errant pour recadrer l'entrevue : <i>"Vous avez mal à la tête ?"</i>	1	
Reformule les propos du patient : <i>"Donc si j'ai bien compris, votre problème est..."</i>	1	
Reconnait les sentiments et les nomme (colère/frustration/lassitude) : <i>"Je me rends compte que vous êtes en colère/en avez assez"</i>	2	
S'intéresse aux préoccupations prioritaires du patient : <i>Pourquoi veut-il partir (OK si identifie le concert de Booba)</i>	2	
S'intéresse et prend en compte les répercussions sur sa vie : <i>ne banalise pas ses douleurs/angoisses : "je comprends bien/c'est long"</i>	1	
Montre son engagement dans la prise en charge : <i>Appelle sa copine ou les radiologues pour tenter d'avancer le scanner</i>	1	
Annonce une mauvaise nouvelle avec franchise, montre une inquiétude sincère, est honnête : <i>"Le scanner sera fait dans 2h"</i>	1	
S'engage pour arriver à un choix partagé de la décision, un compromis : <i>râter la première partie du concert et faire le scanner</i>	2	
Facilite et encourage le choix partagé de la décision : <i>"Etes-vous d'accord avec moi ? Qu'en pensez-vous ?"</i>	1	
Termine l'entrevue		
Informe des évolutions imprévues sans inquiéter démesurément : <i>Sans dire "Vous allez mourir" mais plutôt "Vos risques sont..."</i>	1	
Résume la séance, clarifie le plan de soins et planifie les prochaines étapes : <i>"Vous resterez aux urgences, vous aurez..."</i>	1	
Conduite globale de l'entrevue		
S'adapte au niveau de compréhension du patient en utilisant un langage adapté : <i>non pas scanner mais image du cerveau</i>	2	
Adapte son ton pour apaiser la situation : <i>voix calme, volume sonore bas</i>	1	
Adapte sa distance au patient : <i>pas trop proche du patient s'il est agressif, proche du patient si un contact physique est nécessaire</i>	1	
Prend en compte les besoins primaires : <i>veiller au confort (soif, douleur, toilettes...)</i>	1	
TOTAL GRILLE / 20	20	
NOTE GLOBALE / 20	20	
TOTAL EVALUATION SURF3 / 40	40	

Items inspirés de l'échelle Calgary-Cambridge

VU

NANCY, le **04 septembre 2020**

Le Président de Thèse

Professeur Raymund SCHWAN

NANCY, le **7 septembre 2020**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **11351C**

NANCY, le **11 septembre 2020**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans ce travail les auteurs s'intéressent à l'évaluation des compétences de communications des étudiants en médecine en utilisant l'enseignement par simulation.

Dans une première partie, ils présentent un état des lieux des connaissances concernant la relation médecin-patient, présentent les méthodes d'évaluation par la simulation des compétences relationnelles au niveau national et international ainsi que leurs limites et l'état de la recherche au niveau local ayant conduit à la création de l'échelle SURF.

Dans une seconde partie, ils présentent un article de recherche original, intitulé « Assessment of medical student's communication skills using simulation : Reliability and validity of the SURF scale » dont l'objectif principal est d'étudier la fidélité de la grille SURF pour l'évaluation des compétences relationnelles des étudiants en médecine lors d'un exercice de simulation en calculant le coefficient de corrélation intra-classe entre deux évaluateurs. Les résultats de cette étude montrent une très bonne fidélité de cette échelle.

La troisième partie est consacrée à la relecture des résultats obtenues lors de cette étude et leurs limites. Ces données sont confrontées à celles de la littérature et intègre les différentes difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce projet ainsi que les bénéfices attendus pour les étudiants en médecine se faisant évaluer par l'échelle SURF. Puis ils concluent sur les perspectives possibles à l'avenir concernant de nouveaux projets d'études sur l'enseignement des compétences en communication par la simulation.

TITRE EN ANGLAIS : Assessment of medical student's communication skills using simulation : Reliability and validity of the SURF scale

THESE : MEDECINE SPECIALISEE - PSYCHIATRIE, ANNÉE 2020

MOTS-CLES : Evaluation ; Communication professionnelle ; compétences ; grille SURF ; Simulation

INTITULE ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54500 Vandoeuvre-lès-Nancy
