UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2017

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Guillaume BOURGEOIS

le 11 Janvier 2017

LA FORMATION DES ETUDIANTS EN MEDECINE A LA PSYCHOLOGIE MEDICALE : UNE EXPERIENCE NANCEIENNE UTILISANT LA SIMULATION

Examinateurs de la thèse

Mr Raymund SCHWAN	Professeur	Président
Mr Bernard KABUTH	Professeur	Juge
Mr Bruno CHENUEL	Professeur	Juge
Mme Fabienne LIGIER	Docteur en Médecine	Juge, Directrice de thèse
Mme Caroline PHAM-DINH LOUX	Docteur en Médecine	Juge, Directrice de thèse

Président de l'Université de Lorraine : **Professeur Pierre MUTZENHARDT**

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens :

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL *Formation à la recherche* : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

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

Chargés de mission

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

========== **DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur

Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

========== PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

========== PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT Professeur Michel VIDAILHET

========== PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS *(Disciplines du Conseil National des Universités)*

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE 1ère sous-section : *(Anatomie)* Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ **2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*** Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET **3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*** Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE 1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)* Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER **2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*** Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION 1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)* Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER **2ème sous-section : *(Physiologie)***

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL

4ème sous-section : *(Nutrition)* Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE 1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)* Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER **2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)***

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)* Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ 1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)* Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER **3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*** Professeur Henry COUDANE **4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*** Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE 1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)* Professeur Pierre FEUGIER **2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)***

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

3ème sous-section : ***(Immunologie)*** Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO **4ème sous-section :** ***(Génétique)*** Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*** Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN **2ème sous-section :** ***(Réanimation ; médecine d'urgence)*** Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY **3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*** Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER **4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*** Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

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

1ère sous-section : ***(Neurologie)*** Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT **2ème sous-section :** ***(Neurochirurgie)*** Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN **3ème sous-section :** ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*** Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN **4ème sous-section :** ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)*** Professeur Bernard KABUTH **5ème sous-section :** ***(Médecine physique et de réadaptation)*** Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE 1ère sous-section : *(Rhumatologie)* Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE **2ème sous-section :** ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

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

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)*** Professeur Jean-Luc SCHMUTZ **4ème sous-section :** ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*** Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET

VASCULAIRE 1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)* Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET **2ème sous-section : *(Cardiologie)***

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL **3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*** Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)* Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE 1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)* Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET **3ème sous-section : *(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : *(Urologie)* Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE 1ère 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

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)* Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD **3ème sous-section : *(Médecine générale)*** Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1ère sous-section : *(Pédiatrie)* Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER **2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*** Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE **3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*** Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL **4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*** Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU 1ère sous-section :

(Oto-rhino-laryngologie) Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER **2ème sous-section :** ***(Ophtalmologie)***

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*** Professeure Muriel BRIX

========== PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

========== PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

========== MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE 1ère sous-section : ***(Anatomie)*** Docteur Bruno GRIGNON **2ème sous-section :** ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)*** Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE 1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)*** Docteur Jean-Marie ESCANYE **2ème sous-section :** ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION 1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)*** Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)*** Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL **3ème sous-section** : ***(Biologie Cellulaire)*** Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE 1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène***

hospitalière) Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD ***2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)***

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ 1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)* Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE **2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*** Docteure Isabelle THAON **3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*** Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE 1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)* Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)* **2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)***

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)* **4ème sous-section : *(Génétique)*** Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

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

2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)* Docteur Antoine KIMMOUN **3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*** Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA **4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)*** Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE 1ère sous-section : ***(Rhumatologie)*** Docteure Anne-Christine RAT **3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)***

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN **4ème sous-section** : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*** Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE 3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)* Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE 1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)* Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE

GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE 3ème sous-section : *(Médecine générale)* Docteure Elisabeth STEYER

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

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)* Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU 1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)* Docteur Patrice GALLET

========== MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

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

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

========== MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

========== DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)

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 Würtzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A) Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

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 Monsieur le Professeur Raymund Schwan,

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse, d'avoir encadré ce travail avec bienveillance, et de vos enseignements dispensés au long de ce cursus.

A Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,

Merci d'avoir accepté d'examiner ce travail, merci de votre dynamisme, de votre patience, de votre humanité et de votre enthousiasme contagieux, distillés tout au long de ces années d'internat.

A Monsieur le professeur Bruno Chenuel,

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse de façon aussi spontanée et bienveillante, d'avoir su montrer de l'intérêt pour une spécialité assez éloignée de la vôtre.

A Madame le Docteur Fabienne Ligier,

Merci d'avoir accepté d'encadrer mon travail, de le relire, de m'avoir encouragé pour ce travail et lors des sessions de simulation médicale au CUESim riches en souvenirs.

A Madame le Docteur Caroline Pham-Dinh Loux,

Merci pour ton soutien et ton encadrement aussi professionnel que bienveillant durant tout ce travail de thèse. Merci pour ta gestion intelligente et adroite des moments difficiles et de tes encouragements.

Merci enfin pour les mois de travail au SMPR, qui marqueront ma pratique future, ainsi que ma vision de ce métier.

A toutes les personnes rencontrées lors de mon parcours en médecine et qui ont contribué à ma formation professionnelle et personnelle.

Merci aux patients, qui m'ont enseigné bien plus que je leur ai apporté.

Merci au Docteur Horrach pour avoir su m'enseigner à la fois sur le plan clinique et humain, en stage comme en dehors. Merci de votre présence, votre humanisme et votre prévenance.

Merci au Docteur Rouchiche pour votre soutien depuis mes débuts à la clinique Tivoli, sur tous les plans, pour vos conseils, votre éthique, la confiance que vous m'avez accordée.

Merci au Docteur Katrib pour ta sympathie, ta patience, ta disponibilité, tes conseils et ta compréhension lors du travail que l'on a effectué ensemble, malgré mes aménagements personnels.

Merci aux docteurs Blanc, Claudot, Savonnière, Andone, Henry, Maurice, Carmaux, Scarpa, Blanchard, Aim, Lamourette, Rouchiche Sandrine de m'avoir enseigné la médecine, la psychiatrie et de m'avoir aidé à m'en faire la vision que j'en ai à ce jour.

Aux équipes du B3Nord, du D3Sud et D3Nord, pour ces deux semestres passés avec vous, votre soutien, merci aux équipes du C2Nord et du CH Jury de manière générale, aux agents de sécurité, aux lapins, au BSI pour toutes des années passées ensemble en journée comme en garde.

Merci à Claude, Alexandra, François, Isabelle, Maud, Vincent, Cassandre, Laetitia, Bruno, Ben, Sean, Marie-Anne, Céline et tous ceux que j'oublie.

Merci à Marie-Laure A. pour ta bienveillance, tes valeurs humaines et ton intégrité, ce fut un plaisir de te rencontrer et de travailler quelques mois avec toi. Merci à Claire B pour ta gentillesse ta disponibilité et ton infatigable bonne humeur.

Merci à toute l'équipe du SMPR pour ces mois passés avec vous, à votre bienveillance, votre soutien durant le travail de thèse et votre patience à mon égard. Merci pour ce que vous m'avez appris, durant ces mois de travail, et à la confiance que vous m'avez accordée.

Merci à toute l'équipe de Tivoli, pour votre soutien, votre bonne humeur, merci pour tout ce que vous m'avez appris, et votre patience durant mes interminables entretiens ou courriers ☺…

A ma famille,

A ma mère, merci pour ton soutien depuis le début de ces études, et ta sempiternelle motivation tout au long de ce travail. Merci pour toutes ces valeurs que tu m'as transmises, patiemment car mon apprentissage est fastidieux. Je ne t'ai pas facilité les choses depuis deux décennies et je suis heureux de pouvoir te donner un peu de bonheur aujourd'hui.

A mon père, merci pour tes conseils, ta sagesse et ta patience et ton humanisme. Merci pour tes encouragements et tes éclairages durant tout ce travail. Je suis fier d'être ton fils.

A mon frère, merci d'avoir été présent depuis Nancy puis Toulouse depuis le début de mes études de médecine. Merci pour tous ces moments du city stade au Capitole, tu es un modèle à bien des égards. Merci à Suzanne pour ta gentillesse et tes conseils avisés pour la mise en page ;), merci à Thibault d'être là, t'es juste génial.

A ma sœur, merci pour tout ce que tu m'as apporté durant toutes ces années, merci pour ta pétillance, ton humour, ta générosité et ta vivacité d'esprit. Merci d'être celle que tu es et dont je suis si fier. Merci pour ton aide et ta disponibilité pour ce travail. Merci à Nathalie pour ta gentillesse, ta perspicacité et ton aide durant tout ce travail, et pour ton indispensable aide en anglais.

A ma grand-mère, merci pour ta gentillesse et pour ces petits moments à chaque retour à Talange, depuis le début de mes études, pour tes encouragements incessants,

A mon oncle, merci pour ta générosité et pour ton hospitalité depuis toutes ces années, merci pour tous les moments à Bruxelles et ailleurs, merci à Aymeric et Gabriel.

Merci aux canards, Marie, Patch, Peppi, Flo, pour votre aide et votre participation à cette thèse, et les moments passés avec vous, vous êtes de belles personnes.

A mes amis,

A Nicolas, depuis le temps du B3Nord, merci pour ton soutien, ta sagesse, tes conseils et pour tous ces moments au foot, en ville en passant par la Grèce, pour toutes ces soirées…. Je dirais gorge gorge gorge !!! A Margot, merci pour ta bienveillance et la richesse de nos échanges, merci pour ton hospitalité, ton humour et ton soutien.

A Baptiste, merci pour tous ces moments partagés avec toi, pour ta générosité, ta gentillesse, ton humour, ta patience, pour toutes ces soirées inoubliables et pour ce périple en montagne. Merci à Eve pour ta gentillesse, ta perspicacité et nos discussions enflammées sur Freud and co ;)

A Arnaud, merci pour tous ces moments partagés sur les terrains de sport, au bar, dans les contrées irlandaises et pour toutes ces soirées, merci pour ton indéfectible soutien, pour ta gentillesse, ton humour. Merci à Aurélie pour ta gentillesse, ton écoute, ta bienveillance et ta générosité. Merci à Maya pour ton soutien durant cette dernière semaine de rédaction ☺…

A Nassim, merci pour ta géniale inventivité, ton humour et pour tous ces moments passés à Jury et ailleurs, pour tenter un plutoto je dirais técoolamort.

A Hakim, merci pour ton soutien, pour ces discussions autour du thé, à Jury ou Avignon, merci pour ta sagesse, ta générosité, merci à Meriem pour ton hospitalité et ton soutien.

A Julie, merci pour tout, à Jury, au CHU, tous ces moments au boulot, merci pour ta gentillesse, ton écoute, tes conseils, ta patience que j'ai mise à l'épreuve si souvent.

A Ludo, pour ta gentillesse, ta pertinence, ton écoute, ton soutien, et pour ces soirées de Jury…

A Vanessa, merci pour ton soutien depuis le début, pour ces soirées à Jury et ta gentillesse.

A Elsa, merci pour tous ces moments de fou-rire et pour ton soutien depuis l'époque de l'équipe de choc des co-internes chez Blanc, de Jury au SMPR en passant par le Kefan.

A Sondos… merci pour ta pétillance, ton enthousiasme et ton dynamisme, merci de ta générosité, de ton soutien et pour tout ce que tu m'as apporté et m'apporte encore… wink wink !

A Alexandros, Anne-Claire merci pour tout, Anne, Coralie, Justine, Majda, Victoria, Claire G, Guillaume et Eurydice, Caro D, Caro N, Kevin, Ophélie, Jonas et tous ceux que j'oublie…

SERMENT D'HIPPOCRATE

« 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 ».

Sommaire

I. INTRODUCTION p. 22

II. CONTEXTE DE L'ETUDE p. 23

1. La psychologie médicale p. 23

1 a. Définition p. 23

1 b. Champ d'application de la psychologie médicale p. 23

1 c. Développement de la psychologie médicale p. 24

1 d. Un contexte actuel de défiance vis-à-vis du corps médical p. 26

2. Difficultés dans la relation soignant-soigné p. 28

2 a. Historique de l'évolution de la relation de soins p. 28

2 b. Les enjeux de la relation et les raisons de son évolution p. 31

2 c. Historique de la judiciarisation de la relation de soins p. 32

2 d. Les limites de cette évolution du rapport soignant-soigné p. 37

2 e. Les causes possibles des difficultés persistantes dans la relation soignant-soigné p. 38

3. La formation à la relation soignant-soigné p. 40

3 a. En France p. 40

3 b. Ce que font nos voisins… p. 42

3 c. Dans les formations paramédicales P. 44

4. Comment améliorer cette formation nécessaire ? p. 46

4 a. Les limites des enseignements théoriques p. 48

4 b. Intérêt de la mise en pratique p. 51

4 c. Des nouvelles techniques intéressantes en psychologie… intérêt de la simulation en santé p. 52

III. PARTIE 2 : ARTICLE p. 54

IV. DISCUSSION ET PERSPECTIVES p. 69

1. Discussion des résultats de l'étude p. 69

2. Evaluation qualitative de l'amélioration d'une relation soignant-soigné p. 72

3. Perspectives dans le cadre des études médicales p. 73

3 a. Au cours du premier cycle p. 75

3 b. Durant le second cycle des études médicales p. 75

3 c. Durant l'internat p. 77

4. L'évaluation des compétences relationnelles : les pistes existantes p. 78

4 a. Les indicateurs de la qualité d'une relation de soin p. 79

4 b. Les guides et recommandations existants p. 80

5. La participation des patients à la relation et à la communication p. 81

5 a. Exemple de l'université des patients à Paris p. 81

5 b. L'intégration des patients dans la formation des étudiants p. 82

6. La qualité de la relation de soins … pour les soignants p. 82

V. CONCLUSION p. 83

VI. BIBLIOGRAPHIE p. 84

VII. ANNEXES p. 90

Annexe 1 p. 90

Annexe 2 p. 91

Annexe 3 p. 92

Annexe 4 p. 94

Annexe 5 p. 95

Annexe 6 p. 96

Annexe 7 p. 97

Annexe 8 p. 98

Introduction

La relation qui s'établit entre un patient et un soignant va au-delà des actes techniques et des soins physiques dispensés au malade. Ainsi, les échanges verbaux et non verbaux entre un soignant et un malade tissent une relation de soins au sein de laquelle les actes diagnostiques, techniques et thérapeutiques vont ou non se mettre en place.

Cette relation soignant-soigné fait partie intégrante du soin. Elle influe sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Ainsi, de la qualité de cette relation va dépendre une partie de l'efficacité des soins et donc du devenir du patient. Il semble par conséquent important, même nécessaire, de pouvoir mettre en place une relation de soins de qualité dans l'intérêt du patient et du praticien.

Cette composante relationnelle, subjective, est étudiée par la psychologie médicale. Cette discipline est encore peu enseignée en France, notamment dans le cursus des études médicales.

Dans la première partie de ce travail, sont présentés la notion de psychologie médicale ainsi que l'évolution de la relation soignant-soigné. Ces notions sont suivies d'un aperçu de la formation des soignants à cette discipline en France et au niveau international.

La seconde partie de cette thèse s'appuie sur une étude réalisée auprès des étudiants de médecine de Nancy, dans le cadre d'un enseignement de psychologie médicale. Cet enseignement est basé sur les jeux de rôle et la simulation médicale. Cette étude évalue la satisfaction des étudiants concernant l'enseignement et la pertinence de celui-ci dans le cursus. Par ailleurs, l'étude recherche aussi à mettre en évidence une amélioration des capacités relationnelles des étudiants afin d'améliorer la relation soignant-soigné.

Dans une dernière partie, les résultats de cette étude seront discutés et mis en perspective avec différentes pistes possibles pour améliorer la formation en psychologie médicale chez les étudiants. Ces différentes pistes s'appuient sur des méthodes innovantes en ce domaine, pratiquées aussi bien en France qu'au niveau international.

I. CONTEXTE DE L'ETUDE

1. La psychologie médicale

1a. Définition

La psychologie est une discipline scientifique qui observe, étudie et décrit les conduites des êtres vivants(1). Ces conduites sont sous-tendues par les pensées (processus mentaux), les émotions (ressentis internes) et les comportements (qui sont agis) (1).

La psychologie médicale est un champ de la psychologie qui s'intéresse à toute interaction ou relation existant entre soignant et soigné ainsi qu'aux aspects psychologiques personnels et interpersonnels en rapport avec la maladie (1,2).

La définition de cette discipline n'est pas aisée. On peut tenter de la résumer par l'étude du rôle du psychisme dans la relation soignant-soigné qui se caractérise par différents aspects :

- pour le malade : son fonctionnement mental face à la maladie et ses représentations à la fois de la maladie (causes, conséquences, sens) et du soin ainsi que des soignants;

- pour le soignant : son fonctionnement mental face à la maladie et au patient ainsi que ses représentations mentales personnelles concernant son rôle, la maladie, le rapport au patient (1,3).

1b. Champ d'application de la psychologie médicale

Les aspects psychologiques concernent de nombreux champs de la médecine (3):

- les facteurs de causalité ou de prédisposition de la maladie, principalement dans les maladies psychosomatiques (asthme, ulcère etc.) et les troubles dits «fonctionnels» (que l'on peut définir par les répercussions somatiques d'un dysfonctionnement psychique).

- les réactions et l'adaptation du malade à la maladie et aux thérapeutiques (déni, anxiété, dépression…), déterminantes pour l'attitude du patient et l'évolution de la maladie.

- les demandes d'ordre relationnel et affectif concomitantes des symptômes médicaux, visant le médecin, l'environnement du patient (famille, milieu professionnel etc.) et la société (représentations sociales de la maladie).

- la pratique du médecin, notamment les aspects subjectifs de celle-ci (façons d'examiner, d'informer, de prescrire, de soigner, d'accompagner); la personnalité du médecin est un élément central de sa pratique.

- une approche médicale globale de l'individu malade intégrant les composantes biologiques, psychologiques, psychosociales et historiques, par opposition à une médecine technique d'un organe.

- le pouvoir médical, excessivement sollicité par la société pour résoudre des problèmes sortant de son champ de pratique (comme dans le cas des enfants surdoués, de la délinquance…)

1c. Développement de la psychologie médicale

Les relations entre le médecin et le malade, et par extension entre un soignant et un patient, sont évoquées depuis l'Antiquité avec Hippocrate (4) : « l'art de la médecine se joue en trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade aidé par le médecin s'oppose à la maladie. »

Ainsi, depuis la naissance de la médecine occidentale, le concept d'interaction entre le médecin et le malade est observé et son implication dans l'évolution des pathologies suspecté. En effet, cette idée évoque que le traitement seul ne suffit pas, l'implication du patient et de façon tacite la relation au soignant est partie prenante du processus thérapeutique.

Depuis cette époque, une distinction est faite entre la médecine centrée sur la maladie (considérée

comme l'expression d'une atteinte, lésion ou dysfonctionnement uni ou multi-organique) et une médecine plus globale où la maladie serait l'expression plus complète d'un déséquilibre dans la personnalité du patient présentant des symptômes (1).

L'évolution scientifique de la médecine au fil des siècles, a tendu à promouvoir la médecine « d'organe » centrée sur l'aspect lésionnel, parfois au détriment de la considération du malade dans son intégralité.

La naissance et le développement de la psychologie médicale peuvent être expliqués par divers facteurs dont certains sont concomitants.

Tout d'abord, le triomphe de la « médecine d'organe » et les avancées techniques ont permis d'en percevoir les limites dans les perspectives thérapeutiques. En effet, depuis la Renaissance à partir des progrès anatomo-cliniques des artistes et chirurgiens (revisitant les théories d'Aristote et de Galien dépositaires des principales connaissances anatomiques) et depuis la fin du XIXème siècle avec les progrès techniques (diagnostic, traitements, imagerie), la médecine lésionnelle a connu des avancées spectaculaires, reléguant le champ psychique au second plan.

La distinction s'est ainsi nettement opérée entre les pathologies organiques et fonctionnelles.

Cependant, les limites de cette approche anatomo-clinique (héritée de Broussais, C. Bernard, Auguste Comte) sont perceptibles depuis quelques décennies. Cela permet la prise de conscience de l'importance d'autres facteurs dans l'apparition et l'évolution des troubles : la génétique, l'environnement, les conditions socio-économiques et principalement la psychologie (caractéristiques interrelationnelles).

Ensuite, les progrès effectués dans les sciences psychologiques, au plan théorique mais surtout au plan expérimental ont permis de rendre cette discipline moins spéculative, et son observation plus précise voire quantifiable (1). Ces progrès sont liés au développement des différentes méthodes expérimentales (approches comportementalistes, création de tests évaluatifs), cliniques (psychanalyse principalement puis les autres courants plus récents), ou aux méthodes centrées sur

les ensembles formés par l'individu et son environnement (ethnologie, sociologie, modèles cybernétiques de comportement, théories de la communication).
Enfin, l'évolution dans le temps et selon les cultures des rôles et fonctions du médecin a également contribué à la réhabilitation de l'association entre les composantes organiques et psychiques de la maladie.

Ainsi, la dimension psychologique dans la relation de soins est aujourd'hui reconnue et de plus en plus étudiée afin de favoriser la compréhension et la prise en charge des différentes pathologies, fonctionnelles, psychosomatiques mais aussi lésionnelles.

Cependant cette relation entre soignant et soigné reste souvent décriée par les patients, les familles ou associations de patients, voire par les soignants eux-mêmes.

1d. Un contexte actuel de méfiance vis-à-vis du corps médical

Depuis quelques années, un climat de défiance vis à vis des soignants d'installe. Pendant longtemps le système de soins en France était considéré comme une des meilleurs du monde. Cela a sans doute contribué à une remise en cause très faible de la qualité des rapports entre soignants et soignés, les soins étant de qualité… Depuis une dizaine d'années, cette idéalisation du système français est remise en cause, tant par les patients que par certains soignants (5).
Le nombre de plaintes de patients ou de leur famille augmentent (6), les questionnaires de satisfaction délivrés aux patients témoignent d'une attente d'empathie qui reste souvent lettre morte, la communication des soignants est insuffisante et cela leur est reproché (5).
En effet, de nombreux ouvrages (et peu d'articles universitaires) évoquent la maltraitance des soignants, l'absence d'humanisme dans les soins (non prise en compte des valeurs, des attentes des soignés), la robotisation des prises en charge (patients nommés par des numéros de chambre, des

couleurs de box, des diagnostics, …) .

Nombreux sont les sujets de tensions dénoncés par les patients, dont les témoignages sont fréquents, dans les associations, sur internet (5):

- des délais d'attente trop longs avant les consultations : en médecine de ville, chez les spécialistes, aux urgences, avant une hospitalisation …
- l'inégalité d'accès aux soins, principalement pour les patients bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU), des aides complémentaires santé (ACS), des aides médicales d'Etat (AME) qui se voient parfois simplement opposer une fin de non-recevoir à une demande de soins pourtant légitime…
- des honoraires perçus comme parfois abusifs allant d'un facteur 1 à 10 pour le même geste, le même acte, le même examen, la même consultation … avec en sus, un manque de visibilité des tarifs pratiqués malgré l'obligation légale de les afficher…
- les associations de patients peuvent parfois dénoncer des arrangements entre médecins (recommandations de praticiens court-circuitant la décision et le choix du patient) sous couvert de confraternité et de relation de confiance, mais qui peuvent être considéré comme un mépris de la déontologie et de l'éthique médicale …
- le manque de visibilité des médecins dans les services hospitaliers (les médecins séniors déléguant les consultations aux internes, se cantonnant parfois aux seules visites …) sous couvert de formation sur le terrain (non encadrée) des plus jeunes praticiens : il n'est pas rare en psychiatrie d'entendre les patients déplorer le manque d'entretiens avec leur médecin, ou dans les services hospitaliers d'autres patients se courroucer de n'avoir vu le médecin qu'à leur admission ou à leur sortie…

Dans la communauté soignante, cette réalité est également décrite, mais de façon antinomique. On ne parle pas directement de maltraitance mais on insiste sur la bientraitance nécessaire. On ne parle pas de déshumanisation des soins, mais on insiste sur les prises en charge personnalisées … Ainsi, il semble que deux camps se forment, décrivant une même réalité mais avec des mots différents.

Les souffrances des soignants et des patients se rejoignent mais ne se parlent pas, tandis que les griefs et l'incompréhension croissent.

Ce climat actuel pousse à réfléchir à cette relation de soins et aux difficultés qui y sont associées.

2. Les difficultés dans la relation soignant-soigné

2 a. Historique de l'évolution de la relation de soin

Bien que décrite depuis l'Antiquité, la relation médecin-patient est étudiée de façon plus approfondie depuis les années 1950. Ces études sont principalement faites par les sociologues et philosophes, puis secondairement par les membres des différentes fonctions soignantes (7). L'observation, la description et la compréhension du lien soignant-soigné est un des fondements de la psychologie médicale.

Pendant longtemps, cette relation s'est faite sur un modèle dit paternaliste. Ce modèle relationnel est asymétrique. Le soignant, détenteur du savoir et des techniques de soins, prend la décision la plus adaptée selon lui, à la pathologie, aux valeurs, croyances, mode de vie du malade et lui impose. Cette décision se base sur des critères scientifiques, éthiques et déontologiques. Ainsi, la confiance (du patient) rencontre la conscience (du soignant) qui décide selon sa déontologie, les valeurs et choix de vie de son malade, les modalités de soins qu'il va lui imposer.

Cela dit, la médecine voit, depuis quelques décennies, une évolution plus marquée dans la relation entre soignant et soigné.

Parson (8) décrit dans les années 1950 un seul type de relation soignant soigné. Dans ce modèle, le médecin est chargé de rétablir l'ordre social menacé par la déviance que représente la maladie. Il doit maîtriser une compétence technique, offrir une prise en charge universelle, ne pas sortir de la spécificité fonctionnelle de son rôle. Il doit aussi agir avec une certaine neutralité affective et une orientation vers la collectivité. Le malade a pour devoir de faire légitimer son état déviant, de

souhaiter aller mieux, de rechercher une aide compétente. Ses droits sont alors d'être reconnu comme non responsable de son incapacité et d'être exempté de ses responsabilités habituelles.

En 1956, Szasz et Hollander (9) complètent la théorie de Parson selon que le patient est actif ou passif dans la relation. Le médecin étant toujours considéré comme actif. Ces styles sont considérés comme liés essentiellement aux temporalités des maladies présentées (aiguës ou chroniques).

Par la suite, Freidson (10) ajoute à ceux-ci d'autres modèles, selon que le médecin est passif ou actif.

En 1992, Emanuel et Emanuel (11) proposent une analyse de la relation médecin-malade sous l'angle du partage du pouvoir ; ils proposent quatre modèles idéaux-typiques : «informatif», «interprétatif», «délibératif» ou «paternaliste» .

Tableau I - Comparaison des différents modèles de relation médecin - patient selon Emanuel et Emanuel (1992)

	Informatif	*Interprétatif*	*Délibératif*	*Paternaliste*
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

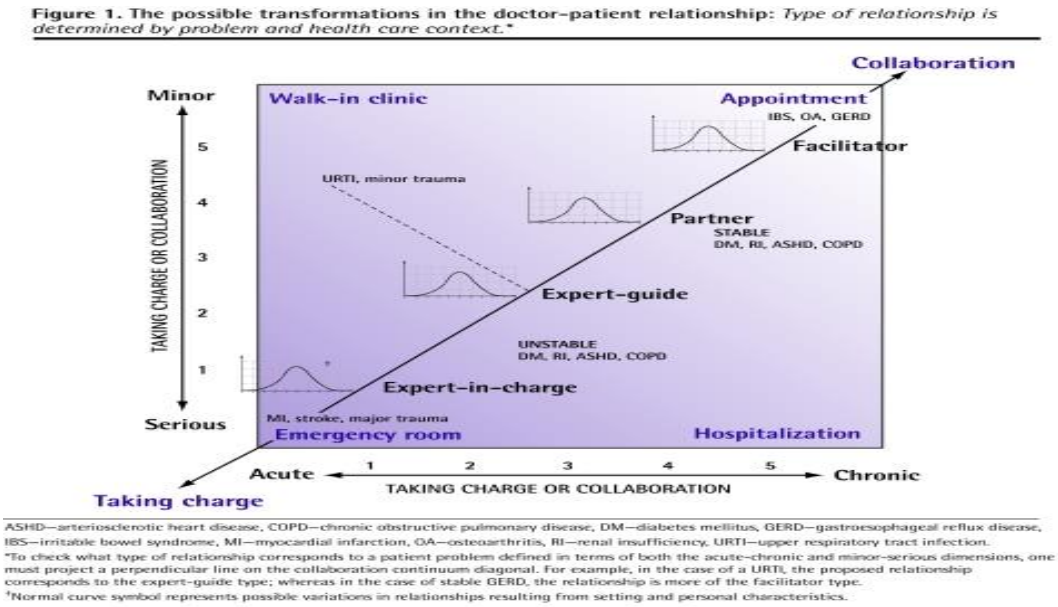
De manière un peu similaire, une revue de littérature récente (12) oriente son analyse sur la manière dont les décisions sont prises au sein des consultations médicales, et propose trois modèles-types : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée.

Pour les sociologues « interactionnistes », dans la lignée des travaux d'Eliot Freidson (13) publiés en 1970, les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre médecin et malade ; la relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle. Par ailleurs, l'exercice de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important. La pratique individuelle d'un médecin libéral, insérée dans la vie de la cité, est dépendante du « client » qu'est le patient, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu professionnel (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des collègues. En effet, le travail hospitalier dépend grandement de la relation entre collègues d'une même spécialité (les différents membres de l'équipe soignante) et entre les collègues de différentes spécialités (multidisciplinarité) (13). Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est la cible de techniques de prévention ou de mesures curatives. Pour Freidson (13), la médecine est devenue progressivement « une des formes de réaction des sociétés à la déviance, une « entreprise morale » qui se substitue au droit et à la religion, dans un contexte d'autonomie et d'autorégulation forte de la profession médicale ».

Plus récemment, en prenant en compte à la fois le lieu où cette relation s'établit (hôpital, urgences, cabinet, domicile) et le type de pathologie du patient (urgence vitale, pathologie chronique équilibrée, …), certains auteurs canadiens ont décrit plusieurs types de relations de soins. Elles vont du paternalisme dans les cas les plus urgents, aigus ou graves, au partenariat dans les situations où le patient n'est pas dans une situation sanitaire d'urgence et où il est informé de sa pathologie et peut ainsi participer à la prise de décision.

Figure 1 : les transformations possibles de la relation médecin-patient selon Lussier, 2008

La relation est fonction à la fois de la pathologie et du contexte de soins



2 b. Les enjeux de la relation soignant-soigné et les raisons de son évolution

La relation entre le patient et celles ou ceux qui le prennent en charge est un élément capital du processus de soins (1,7) tant dans l'acceptation d'un diagnostic que dans la prise en charge (observance, efficacité des traitements) des différentes pathologies. Une relation de soins de qualité améliore la satisfaction chez le soigné mais aussi chez le soignant (14).

Cette évolution de la dynamique relationnelle au fil du temps est liée à l'évolution de nombreux facteurs (6,7,15) :

- des évolutions au niveau social (évolution du cadre légal de la pratique médicale, reconnaissance des droits des patients, notion de consentement aux soins…)

- les conséquences de problématiques de santé publique ayant modifié la vision du corps médical et des soignants en général (affaire du sang contaminé, épidémie de VIH, …)

- au plan médical : la baisse de la démographie médicale avec la modification de la durée des

consultations ou du temps passé au chevet des malades, l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, les nouvelles modalités de prise en charge soignantes dans les pathologies chroniques, « l'hypertechnicisation » des soins avec l'avènement de la biologie, de l'imagerie, …

- au plan de l'information autour de la santé, celles-ci sont aujourd'hui nettement plus médiatisées (TV, internet, associations de malades, de familles, …) et leur accès ne nécessite plus forcément une consultation ou une interaction avec un soignant.

Ces évolutions sont à mettre en parallèle avec le développement progressif d'un cadre légal régissant la relation soignant-soigné.

2 c. Historique de la judiciarisation de la relation de soins

Le rapport entre un soignant et un soigné, est historiquement régi par l'éthique et la déontologie médicale, sans qu'il n'y ait de cadre légal associé avant le XXème siècle.

Il est intéressant de noter que le « patient » est un terme n'apparaissant ni dans le code de déontologie, ni dans les différents code de santé (16). Ce terme issu du grec « pathos » (subir) a la même origine que le terme pathologie. Le patient est donc une représentation de la pathologie dont il souffre. Il est également patient, donc dans l'attente née du cadre dans lequel se trouve l'individu qui est soigné.

C'est la notion de soin (et non le patient) qui est régie par la déontologie.

Historiquement, les soins sont liés à la religion (les Hôtel-Dieu au Moyen-Age, les hospices, les asiles étaient tenus par des hommes de foi). En 1801, le concordat napoléonien va séparer la religion du soin par les lois laïques. Cela sera définitivement entériné par la loi de 1905 relative à la séparation des Eglises et de l'Etat.

Au cours du XXème siècle, en France comme en Europe et partout dans le monde, se sont progressivement développés des cadres légaux centrés sur le consentement aux soins et les droits

du patient, socle de la relation actuelle plus contractualisée entre un soigné et un soignant (15). Ainsi, le patient devient progressivement un usager de soins avec des droits et des responsabilités dans la prise en charge de ses troubles. Il n'est plus uniquement considéré comme un individu présentant une pathologie le rendant vulnérable.

On observe ainsi à travers le temps, une évolution du statut du soigné et donc de la relation de soins. Celle-ci, initialement imposée, tend progressivement à devenir partenariale (15).

La première mention du consentement du malade apparaît dans le traité « Baba kamma » dans le Talmud aux Vème-VIIème siècles : « Le médecin ne peut exécuter aucune opération sans le consentement du malade » (17).

En 1767, un juge anglais, suite à un traitement réalisé contre la volonté d'un malade, a condamné deux chirurgiens : l'affaire Slater (18), « Il faut dire à un patient ce qui va lui être fait, pour qu'il puisse s'armer de courage et se mettre en état de supporter l'opération » (17).

Au milieu du XVIIIème siècle, le professeur de médecine John Gregory et son élève Benjamin Rush se prononcent également en faveur de l'information pour le patient, hors le cas où elle s'avérerait nuisible pour lui. L'information doit permettre au patient d'accepter la décision médicale en connaissance de cause (17).

A contre-courant, Thomas Percival publie en 1803 « Éthique médicale » (19), un ouvrage qui prône la convergence de la bienveillance du médecin avec les intérêts du patient. Et par ce constat, informer ce dernier, voire même discuter la décision médicale est inenvisageable : la vérité s'avère nuisible au malade (18).

L'American Medical Association, en 1847 adopte son premier Code d'éthique ; ses principes seront fidèles aux idées de Percival jusqu'en 1980.

En France, le docteur Maximilien Simon publie en 1845, la « Déontologie médicale ou Des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation » (20) sans y consacrer une ligne au

consentement du malade (17).

En 1890 la cour d'Appel de Liège rend indispensable l'autorisation du malade, hormis les cas d'urgence.

En France, en 1907, l'idée de « consentement éclairé » (aux soins) apparaît dans un arrêt de la Cour d'appel de Paris (21).

En 1907, le Professeur Mérignac commentait un arrêt d'une Cour d'appel qui posait pour règle de base l'obligation du chirurgien de prévenir et d'obtenir le consentement du malade avant toute opération (21).

En 1936, l'arrêt Mercier (22) décrit « l'obligation de moyens » dont le médecin doit faire preuve, c'est la naissance du contrat de soins. Les soins doivent être « consciencieux, attentifs et, [...] conformes aux données acquises de la science... » (22).

En 1937, la Cour d'appel de Paris juge qu' « une intervention médicale et chirurgicale ne doit jamais être motivée que par le seul intérêt du malade. Elle ne doit être pratiquée qu'après que celui-ci a donné un consentement libre et éclairé » (21).

L'arrêt Teyssier, six ans plus tard, énonce : « le chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération », « en violant cette obligation imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave aux droits du malade ». Il s'agit de la première référence aux droits du malade.

Le Code de Nuremberg de 1947 (23), dès son premier article, exige le consentement du « sujet humain » dans le cadre de la recherche médicale. Le sujet doit être parfaitement informé des conditions, de la nature de l'expérimentation, de la durée, du but, des dangers et risques encourus. L'instigateur de l'expérience prend la responsabilité d'apprécier la qualité du consentement. Le 9ème article (23) précise que le sujet est libre d'interrompre l'expérience s'il estime qu'il ne peut plus continuer. Ce code a été rédigé suite aux crimes contre l'humanité des médecins nazis sur les

prisonniers.

Paradoxalement, le premier code de déontologie (paru en 1947) constitue un véritable retour en arrière. L'obligation d'information n'y est que vaguement évoquée et contrebalancée par l'article 30, qui prévoit que « le médecin doit imposer sa décision au malade » (18).

Le concept de consentement aux soins est repris en 1957 dans une loi californienne « l'Informed Consent » (24) par le biais de l' « American Medical Association », et il bénéficie rapidement d'un consensus international.

En 1980, cette même American Médical Association reprécise « l'Informed Consent » (24).

« Le droit du patient à une « auto-décision » ne peut être réellement exercé que si le patient a assez d'information pour exercer un choix avisé. Le patient doit se déterminer lui-même sur le traitement » (17).

Le consentement aux soins est devenu la pierre angulaire de l'éthique occidentale (25). Il donne au patient le droit d'être clairement et totalement informé (26–29) et celui d'accepter ou de refuser les examens ou les traitements qui lui sont proposés (30) . Cette notion a bouleversé le traditionnel modèle paternaliste.

En 1981, l'Association Médicale Mondiale publie la première « Déclaration sur les droits du patient » lors de la déclaration de Lisbonne (31), révisée en 1995 à Bali (32), puis à Santiago du Chili en 2005 (33) et réaffirmée en 2015 à Oslo (34).

Raymond Villey, président du Conseil National de l'Ordre des médecins en 1985 déclarait « Le consentement du patient (...) est une condition indispensable de l'intervention médicale », cette idée sera fixée le 6 janvier 1987 par la publication des Principes d'éthique médicale européennes (article 4 : « sauf urgence, le médecin doit éclairer le malade sur les effets et conséquences du traitement. Il recueillera le consentement du patient... ») (18).

La loi dite Huriet-Sérusclat (35), le 20 décembre 1988, est mise en place pour protéger les patients

se prêtant à la recherche biomédicale. Le consentement doit être « exprès » et « écrit ». Les lois de la bioéthique en précisent les conditions.

Cette loi est révisée en 1994 : Le consentement est inscrit dans le code civil suite à la loi relative au respect du corps humain du 29 juillet 1994 (36).

C'est pourquoi le code de déontologie de 1995 prévoit avant même la loi de 2002 (26) que, selon l'article 35 (article R. 4127-35 du code de la santé publique) : « 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.... » .

Les lois 2002 (26) ont traduit dans des formules législatives l'importance fondamentale du respect de la personne humaine. Elles précisent qu'il est fondamental d'informer le patient afin d'obtenir son consentement éclairé (21).

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

La loi de 2002 a retenu ce principe d'information globale.

L'article L.1111-2 du code de la santé publique sur l'information traite ainsi tout à la fois de l'investigation, des traitements, de l'utilité, de l'urgence, des conséquences et des risques fréquents ou graves prévisibles (26).

A l'heure actuelle cette notion de consentement aux soins est reprise dans le monde entier.

Il existe cependant quelques exceptions à la judiciarisation du rapport entre soignant et soigné, comme c'est le cas dans les pays scandinaves (principalement la Suède), où s'est développé un « consensus social » qui exclut de la législation la relation soins.

Actuellement, une relation thérapeutique plus horizontale, d'inspiration anglo-saxonne voit le jour et le patient devient décisionnaire dans sa prise en charge, le médecin étant un conseilleur permettant au patient de se responsabiliser dans des choix thérapeutiques éclairés (5, 36).

L'objectif de cette nouvelle relation de soin est la décision partagée (7) : le médecin recherche les préférences du patient, l'informe des différentes possibilités de soins à la lumière des connaissances actuelles. Ce type de relation nécessite un apprentissage pour les médecins mais également pour les différents soignants intervenant auprès des patients.

Ainsi, trois étapes se succèdent dans ce processus de décision partagée :

- l'information, loyale, claire, appropriée et adaptée à la compréhension du soigné, avec une importance particulière accordée à la communication de ces informations au patient. En effet, en plus du diagnostic posé, le médecin doit informer le patient des différents traitements ou prises en charges possibles, et présenter leurs avantages et inconvénients pour que le patient puisse choisir en conscience.
- la délibération qui correspond au choix de style relationnel (paternaliste, collaboratif, …)
- la prise de décision concernant les soins.

2 d. Les limites de cette évolution du rapport soignant-soigné

Ce changement de modalités relationnelles ne se fait pas sans difficultés, de part et d'autre. Ainsi si les médecins peuvent être réticents à concéder une part du choix et de la responsabilité dans les soins et leurs modalités, les patients, quant à eux, peuvent adopter une attitude consumériste peu

efficace dans la prise en charge de certains troubles principalement chroniques.

On observe d'ailleurs un paradoxe, puisque depuis la loi de 2002, le nombre de plaintes de patients ne cesse d'augmenter (6) alors que la loi renforce leurs droits et que la médecine n'a jamais été aussi efficace en terme diagnostique et thérapeutique.

Par ailleurs, l'obligation de moyens tend à devenir une obligation de résultats au vu des progrès techniques récents, ce qui alimente cette judiciarisation de la médecine observée depuis quelques années, comme c'est le cas aux Etats-Unis par exemple.
Ainsi, des craintes naissent parmi les soignants, qui redoutent une évolution consumériste de l'accès aux soins, faisant des soignants des prestataires de service.

Le changement dans la relation soignant-soigné ne la rend pas forcément meilleure, elle reste souvent dénoncée et décriée, par les patients eux-mêmes ou leurs proches ou les associations de patients (38) ou encore l'Académie Nationale de Médecine (37,39).

Ce constat nous amène à envisager d'autres hypothèses expliquant le substrat de ces plaintes que la non reconnaissance des droits du patient ou son absence de participation aux décisions thérapeutiques.

2 e. Les causes possibles des difficultés persistantes dans la relation soignant-soigné

Alors que la médecine est de plus en plus technique et précise, les attentes des patients sont aujourd'hui principalement relationnelles (40). En effet, des enquêtes réalisées auprès des patients dans différents pays du monde retrouvent des attentes en termes d'empathie, de respect,

d'authenticité et de prise de décision partagée (40). En d'autres termes, la demande relationnelle est un recentrage sur la patient plutôt que sur la maladie. Les données de la littérature internationale indiquent que cette relation centrée sur la patient est celle permettant la meilleure qualité de soins en terme de satisfaction (des deux parties) et d'efficacité (41).

De nombreuses études sont faites depuis quelques décennies pour comprendre les difficultés existant dans la relation médecin-malade. Malgré les attentes exprimées des patients, et probablement entendues des soignants, les difficultés demeurent.

Parmi les causes le plus souvent imputées, on retrouve souvent des problèmes de communication (6). Plus précisément, la communication des soignants aux soignés serait d'une qualité à parfaire (13, 38).

En effet, la communication, base de la recherche du consentement libre et éclairé aux soins proposés nécessite que les données communiquées soient adaptées à la compréhension du patient. Le grand public reproche encore souvent aux soignants d'utiliser des termes spécifiques (renforcés par la technicisation de la médecine et du soin en général). Cependant, l'utilisation d'un langage adapté n'est pas, à lui seul, le garant de la bonne compréhension par le patient des informations données.

Ainsi, il est souvent nécessaire de s'assurer que les informations ont été bien comprises, par le biais de la reformulation. Ce travail, souvent réalisé par les professionnels paramédicaux (parfois en lieu et place du médecin), est moins fréquemment fait par les médecins.

Les causes de ces difficultés de communication sont multiples (1,6) :

- le manque de temps à consacrer à l'écoute du patient ;
- le manque de formation des soignants dans relation médecin-malade ;
- les effectifs réduits des personnels médicaux et paramédicaux ;
- « l'hypertechnicité » des soins, laissant peu de place à la prise en compte de la souffrance ;

- l'environnement de soins qui ne s'y prête pas (couloir d'un hôpital, chambres à lits multiples,…)

- la personnalité de certains patients enfin, qui peut induire des réactions négatives ou défensives chez les soignants (transfert ou contre transfert surtout).

L'Académie Nationale a émis des recommandations concernant les améliorations à engager dans ce domaine (6). Ainsi, de nombreux progrès restent à faire pour favoriser cette relation, indispensable pour améliorer le pronostic des traitements prodigués par les soignants (6,39). Cette recommandation n'est pas isolée, plusieurs pays ont également décidé de renforcer la formation dans ce domaine, comme c'est le cas en Allemagne, en Belgique, au Canada.

3 La formation à la relation soignant-soigné

3 a. En France

L'apprentissage de la psychologie médicale (la relation soignant-soigné et la communication) est inscrite dans les arrêtés ministériels relatifs au deuxième cycle des études médicales (42), comme un des objectifs d'acquisition au cours de la formation des étudiants en médecine.

La formation des soignants est un des objectifs prioritaires : communication, empathie, gestion du temps, enseignement de l'humanisme médical compagnonnage, jeux de rôles...

C'est dans cet esprit que dans le cursus des études médicales, la communication, l'éthique, et la psychologie médicale figurent parmi les compétences à acquérir pour les futurs praticiens en formation (39).

Cependant, bien que cet objectif soit mis en avant, la pratique sur le terrain est assez différente.

La relation soignant-soigné et les bases de la psychologie médicales sont très inégalement

enseignées selon les facultés.

Durant le premier cycle des études médicales, en Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) ces thèmes sont abordés dans l'unité d'enseignement 7 intitulée Santé, Société, Humanités (SSH) dont la teneur est dépendante des facultés voire des enseignants (et donc de l'importance qu'ils accordent à ces concepts).
Selon l'Académie de Médecine (43) : « L'enseignement des Sciences Humaines, et son programme précisément réglementé, demeurent trop dépendants des possibilités disponibles selon les Facultés. Une initiation à l'histoire des sciences et de la médecine et au vocabulaire médical, est également souhaitable durant cette année ».

Au cours du deuxième cycle d'études médicales, la psychologie médicale ne fait pas l'objet d'un enseignement particulier. Une seule question de l'examen national classant évoque les notions de psychologie médicale. Dans l'item 47 des questions de l'examen national classant (44), la relation médecin-malade est abordée parmi d'autres thèmes.
Pourtant le concept (mot-clé) de « consentement éclairé » se retrouve dans chaque situation clinique ou presque, pour ce même examen.
Or l'évolution des rapports entre médecins et malades est en partie liée à l'émergence de la notion de consentement éclairé. L'apprentissage de cette notion, comme de celles de la psychologie médicale, ne permettrait-il pas de renforcer le « savoir-être », facilitant ainsi le « savoir-faire » ?
De nombreuses facultés se limitent à ce support de formation, laissant le choix aux étudiants de compléter leur formation eux-mêmes par différentes voies.

En France, il existe quelques facultés ou l'enseignement de la psychologie médicale fait l'objet de cours spécifiques obligatoires (théoriques) comme c'est le cas à Angers (45).

D'autres facultés proposent un enseignement optionnel en psychologie médicale sous différentes formes et avec différents supports :

- cours magistraux optionnels (Rennes, …)
- cours théoriques en petit groupes (Nancy, Nantes, Angers, …)
- psychodrame en petits groupes inspirés du modèle Balint (Rennes)
- simulation médicale avec mise en pratique des apprentissages théoriques (Nancy, Angers)

Enfin, pour les médecins ou étudiants qui souhaitent renforcer leur apprentissage dans ces thèmes, des formations complémentaires existent sous la formes de diplômes universitaires (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU) dans le domaine de la relation de soin ou de la communication. Ainsi la plupart des facultés de médecine en France proposent des DU ou DIU, de façon optionnelle et payante.

Ainsi, la formation universitaire des étudiants en psychologie médicale se fait sur la base de supports, de durées et de modalités d'enseignement variables. Cela crée une importante inégalité de formation des futurs praticiens dans ce domaine pourtant priorisé par les textes officiels. Enfin c'est la source d'une inégalité de formation en compétences relationnelles et de communication chez les futurs praticiens, impactant indirectement les patients.

3 b. Ce que font nos voisins…

En Europe et dans le monde, là aussi, la formation est assez inégale et son contenu assez varié. Certains pays rendent cet enseignement obligatoire, il est dans ce cas évalué comme d'autres enseignements cliniques : au Canada pour la médecine générale et la psychiatrie, en Belgique, mais uniquement pour les formations infirmières. D'autres pays proposent un enseignement optionnel.

En Italie, en 3ème année de cursus médical existe une unité pédagogique de "communication médecin-patient" qui fait partie de l'examen de "sémiologie et méthodologie clinique", basée sur des cours magistraux.

Et, en 6ème année, dans le cadre du cours de "médecine interne et gériatrie", il a été prévu l'unité pédagogique de "rapport médecin-infirmier dans l'approche clinique du patient". Ce sont toutes les deux des unités pédagogiques non optionnelles, comprenant une dizaine d'heures de cours théoriques, sanctionnées par un examen.

Par ailleurs lors des stages cliniques, des médecins-tuteurs référents des étudiants leur enseignent les modalités d'approche relationnelle du patient. Chaque enseignant donne des directives sur le comportement à adopter face au patient, et conseille en ce sens l'étudiant dont il est tuteur.

En Belgique, comme en France, les enseignements sont théoriques et dépendants des établissements quant à leur exhaustivité. Les cours initiaux sont obligatoires. Ils se font principalement en début de cursus et sont approfondis de façon optionnelle selon les universités ou lors de DU ou DIU par la suite.

En Allemagne, suite à la réforme de l'enseignement des études de médecine en 2010, l'enseignement de la communication et des compétences relationnelles est devenu un des objectifs nationaux (46).

Ainsi, à Hanovre, la formation dans ces domaines est obligatoire pour tous les étudiants depuis 2006 (42). Cet enseignement se fait sous la forme de 28 heures de cours en 7 séances de 4 heures réparties entre 8 heures de cours théoriques associés à des illustrations vidéo, 2 séances de jeux de rôles et 3 séances de simulation médicale. Les objectifs sont l'apprentissage de la capacité à faire une anamnèse, à annoncer un diagnostic ou une mauvaise nouvelle, à prendre une décision partagée avec le patient. Les acquisitions des compétences sont évaluées lors des sessions de simulation par les étudiants eux-mêmes et les « patients-simulés ». L'évaluation est faite par le biais d'auto-

questionnaires validés qui sont distribués aux étudiants, et par les « patients-simulés » qui répondent également à des questionnaires validés sur le plan international (42).

Au Canada, l'enseignement de la communication et de la relation médecin-patient est obligatoire pour les étudiants de médecine lors des 5 années précédant l'équivalent canadien de l'internat (47). Celles-ci sont enseignées sous la forme de cours théoriques de « sciences du comportement » lors des premières années associées à des séances de supervision (40). La communication et l'apprentissage de la relation de soins sont des « compétences » dont la validation (par examen) est indispensable à l'étudiant pour l'obtention du doctorat en médecine (obtenu avant l'internat) (48). Au cours de l'internant de médecine des familles (médecine générale) ou de psychiatrie, les étudiants bénéficient de supervisions individuelles où sont travaillés les concepts d'empathie, d'authenticité, de respect et où des techniques de communication et de positionnement sont proposées aux étudiants (40).

3 c. Dans les formations paramédicales

° En soins infirmiers

En France, la formation à la psychologie médicale et à la relation entre soignant et soigné fait l'objet d'un enseignement obligatoire comprenant enseignement théorique et mise en pratique.
2 unités d'enseignements sur 59 au total sont dédiées à la psychologie, la sociologie et l'anthropologie, soit 125 heures de cours sur les 2100 que compte la formation des étudiants. Cette formation est incluse dans la discipline « sciences humaines, sociales et droit », dans le cadre de l'apprentissage de la compétence « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Les compétences à acquérir sont la cibles des apprentissages dans la formation en soins infirmiers.

Cette formation est faite sur la base de cours magistraux (CM), de travaux dirigés (TD) et de travaux pratiques (TP) répartis sur deux semestres :

- Semestre 1 : CM : 40h ; TD : 15h ; TP : 20h
- Semestre 2 : CM : 25h ; TD : 10h ; TP : 15h

L'enseignement porte au 1er semestre sur les principaux concepts en psychologie, .les grands domaines de la psychologie, les concepts de base en psychologie cognitive, analytique et sociale, le développement de la personne et de la personnalité.
L'enseignement en psychologie porte au semestre 2 sur la relation soigné soignant et ses aspects : éducation, coopération, autonomie, dépendance, bientraitance, maternage ; la dynamique dans la relation de soins : alliance, attitudes, distance, proximité, agressivité, conflit, violence dans les soins, maltraitance.

Ces apprentissages sont évalués à chaque fin de semestre à travers des travaux écrits.
Lors du 1er semestre par un travail écrit à partir d'un texte et repérage des concepts clés. Et, lors du 2ème semestre par un travail écrit d'analyse de situation et de mobilisation des concepts.

° En études de psychologie

Les études de psychologie sont centrées sur la relation au patient qui traverse des difficultés personnelles ou qui fait face à la maladie qu'elle soit physique ou psychique. Cependant, l'apprentissage à proprement parler de la relation soignant-soigné est, comme pour les autres disciplines, assez peu développée et principalement théorique. La réalité de la relation de soins est découverte par les étudiants en psychologie lors de leurs stages cliniques (à partir de la licence) et, bien qu'il aient tous un tuteur de stage qui supervise leur travail clinique, nombreux sont les étudiants à déplorer le manque de formation concernant la relation à la personne malade plus qu'à

ses mécanismes de défense.

4. Comment améliorer cette formation nécessaire ?

En 2007, au sujet de la formation des étudiants dans les professions de santé, notamment la médecine, le Pr Roger Gil (49) disait : « aujourd'hui, la formation se limite à l'enseignement des maladies, alors qu'il serait temps d'enseigner les malades. A côté de l'enseignement du savoir et du savoir-faire, il est temps de repenser et reconfigurer l'enseignement du savoir-être. ».

Il insiste ici sur la nécessité de renforcer la formation des étudiants dans l'approche relationnelle, centrée sur le patient, de mettre l'accent sur l'appréhension de la relation soignant-soigné.

Cette constatation est d'ailleurs reprise par les différents experts internationaux (40,41) qui insistent sur la nécessité de renforcer la formation des étudiants en médecine à la communication et aux compétences relationnelles.

En 2013, une modification du contenu de l'enseignement du deuxième cycle des études médicales a été faite (42), en mettant davantage l'accent sur la dimension relationnelle dans les soins.

Ainsi, dans la première unité d'enseignement théorique (UE 1), 3 questions (contre 1 seule avant 2013) concernent l'apprentissage de l'exercice médical et la coopération interprofessionnelle (39).

On retrouve alors parmi les objectifs généraux de l'UE 1 : « L'étudiant doit comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations, chez le patient adulte et pédiatrique, notamment en cas de maladie aiguë grave et de maladie chronique potentiellement létale. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les données

selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades ».

Et parmi les objectifs spécifiques de ce module figurent la relation médecin-malade, la communication avec le patient et son entourage, l'annonce d'une maladie grave ou létale ou d'un dommage associé aux soins.

En effet, d'après les données de la littérature, de nombreux litiges entre soignants et soignés relèvent des difficultés de communication (6). C'est particulièrement le cas dans les premiers contacts, où les patients attendent des informations (et des explications) concernant les pathologies dont ils souffrent, leur évolution possible ou attendue et les traitements préconisés ou prescrits (6). La communication est la pierre angulaire de la relation soignant-soigné, à tous les stades : accueil, annonce diagnostique, décision thérapeutique, mise en place des traitements (6,50).

L'information délivrée au patient est le produit de la communication, elle cimente la relation de soins (51).

Ces difficultés de communication se retrouvent à tous les stades du soin, de la prise de rendez-vous à la consultation ou hospitalisation. Elle implique donc toutes les personnes ayant un rôle dans la prise en charge du patient (51–53).

Les causes possibles de cette communication défaillante sont nombreuses (6) :

- une insuffisance de prise en compte des informations apportées par le patient concernant ses troubles, son histoire, sa personne (lui permettant de ne pas se sentir résumé à une maladie, un numéro de chambre,…) : au final, un manque d'écoute donc une moins bonne compréhension de la vision du patient , de ses croyances, de son état d'esprit.

- le manque de formation des soignants à la communication avec le patient

- le manque de temps consacré à celle-ci (charge de travail, lourdeur administrative, « l'hypertechnicité » chronophage des soins,…)

- le manque d'effectifs de soignants à tous niveaux

- les causes liées au patient : sa personnalité, son âge, son origine, son statut social, son environnement qui sont autant de facteurs pouvant aussi expliquer les problèmes de communication

- les médias, enfin, qui transmettent des informations dont la véracité est parfois relative.

Il semble important de noter que la communication est verbale, mais également comportementale (dialogue non verbal) ou parfois écrite (rédaction d'ordonnance, de consignes, …).
Les mots ne sont donc pas les uniques vecteurs de la communication et du vécu de celle-ci (54).
C'est cette communication « non verbale » qui est d'autant plus difficile à enseigner de façon théorique et qui constitue une des principales limites de cet apprentissage. Enfin, la maîtrise de cette communication non verbale ne peut être complètement enseignée, ni possédée. Elle dépend de chaque étudiant, de chaque soignant et de chaque situation de soin, qui renvoie au soignant des émotions, des attitudes qui lui sont propres (selon sa personnalité, son histoire, …).

4 a. Les limites des enseignements théoriques

La plus grande partie de l'enseignement théorique se fait dans le cadre de cours magistraux.
Ce type d'enseignement est nécessaire et fondamental pour enseigner des notions et des concepts qui ne seraient pas transmissibles autrement ou plus difficilement (1).
Les cours magistraux abordent différents thèmes, prérequis indispensables à la pratique clinique du médecin (55), tels que :

- l'intersubjectivité dans la relation médecin-malade

- les mécanismes psychologiques mis en jeu dans la relation médecin-malade : (investissement, transfert, projection)

- les interactions psychologiques et somatiques.

- le retentissement psychologique des affections organiques

- la clinique psychosomatique
- l'effet placebo
- les interactions médecin-patient-famille

Cela dit, ce mode de transmission a ses limites. Le nombre important d'étudiants lors des cours magistraux ne permet pas d'interactions ou d'échanges entre les étudiants et le formateur. Il s'agit souvent d'une transmission de savoir dont l'application est nécessaire pour que l'apprentissage puisse se faire. En effet l'apprentissage par l'expérience et par la « séniorisation » ou « tutorisation » facilite l'acquisition correcte des concepts (56) : voir, puis faire, puis reprendre ce qui a été fait, revoir et refaire...

De plus, l'enseignement théorique de la psychologie médicale est souvent noyé au milieu d'autres concepts, ce qui ne permet pas de s'attarder sur des notions mal ou peu comprises.
Par ailleurs, ces concepts théoriques sont peu illustrés d'exemples concrets permettant aux étudiants de se représenter la réalité pratique de l'enseignement transmis.

Il existe également des enseignements optionnels ou modulaires permettant un travail en groupe restreint (études médicales ou paramédicales). Ces groupes restreints permettent une transmission plus dynamique par l'interaction et les échanges facilités, mais aussi la possibilité de reprise des concepts car les activités en groupes sont souvent plus ciblées (comme les réactions psychologiques des patients et des médecins face à la maladie, l'influence de la personnalité du patient et du médecin sur la relation médecin-malade,…) (55).
De plus le travail en groupe permet (selon les enseignements et les enseignants) une mise en pratique lors de jeux de rôles par exemple, ou l'illustration des concepts par des supports divers (vidéo, partage d'expérience sur le modèle des groupes Balint).

Ainsi, dans une réunion du Conseil de l'Ordre, le Pr Axel Kahn déplorait que « les plus jeunes n'avaient aucune notion en philosophie. Il faudrait imposer, dès le recrutement, la lecture de Platon et de Socrate et d'Euripide de Montaigne. Cette formation littéraire leur donnerait assurément un accès plus direct au malade »(49).

Enfin, l'apprentissage se fait également au contact direct du patient, par l'imitation de modèles qui sont principalement les collègues, maîtres de stages, praticiens confirmés. Ainsi, l'étudiant dans le cadre de ses stages cliniques hospitaliers ou ambulatoires, tend à reproduire les façons de faire qu'il voit autour de lui. Pour Guimon (57) « l'orientation thérapeutique et l'idéologie se construisent en partie tout au long de sa formation et deviennent de plus en plus similaires à celles de ses professeurs. »

Si le modèle présente un type de relation au soigné n'incluant pas les notions de psychologie médicale, l'étudiant peut penser que ces concepts théoriques sont secondaires. La formation des soignants prône la compétence clinique, diagnostique et thérapeutique et ce, le plus souvent au détriment de la relation humaine découlant de la rencontre entre un soignant et la personne prise en charge.

Ainsi, il incombe également aux formateurs, d'être particulièrement vigilants à leur rôle de modèle et leur influence non seulement clinique mais également relationnelle.

4 b. Intérêt de la mise en pratique

Le compagnonnage (apprentissage tutorisé, encadré) et l'enseignement théorique jouent tous deux un rôle important dans la construction de la compétence du médecin (30). Il doit permettre la transmission de la connaissance pratique par l'observation du formateur par son étudiant (58).

La mise en pratique permet d'associer un concept théorique préalablement transmis (un prérequis en quelque sorte) à une expérience vécue. Cette expérience peut être le point de départ de discussion, de débriefing, et peut être reproduite pour évaluer ou mesurer de façon observable l'évolution dans la pratique du concept transmis.

L'intégration est donc facilitée par la mise en pratique. Cette idée est un des fondements de la pédagogie éducative, chacun se rappelle l'apprentissage scolaire dans les sciences mathématiques, le français ou les langues en général.

La mise en pratique est donc un complément indispensable des enseignements théoriques.

Le compagnonnage a pour but de montrer à l'étudiant ce qu'il doit faire et la façon dont il doit le faire. Le formateur devenant un modèle que l'étudiant peut imiter ou tout du moins dont il peut s'inspirer. On comprend donc bien la responsabilité de ce dernier concernant la transmission de ses compétences techniques, mais aussi relationnelles. La « séniorisation » des étudiants est l'exemple pratique du compagnonnage, lorsqu'elle est réellement mise en pratique… En effet, le contexte actuel de démographie médicale et l'hétérogénéité de la répartition des « tuteurs » potentiels, tend à rendre inégale voire incomplète cette formation pratique pourtant nécessaire.

D'autres méthodes comme le jeu de rôles sont utilisées pour la mise en pratique des connaissances théoriques. Il fait partie intégrante des arts pédagogiques depuis la Renaissance (59). Le concept de jeu de rôle revient à traiter d'un sujet sérieux en utilisant une méthode amusante (58)…

Ce concept existe depuis la Renaissance italienne « serio ludere » (Montaigne) et se retrouve actuellement dans de nombreuses pratiques d'apprentissage scolaire ou professionnelle, avec un support humain ou vidéo : les « serious game » (60).

En effet, le jeu de rôles permet de s'exercer entre étudiants (ou apprenants) à la mise en pratique d'apprentissages théoriques, avec la participation des étudiants et de « patients simulés » (étudiants, formateurs, acteurs,…). Le jeu de rôles, par son abord « ludique » permet aux étudiants de plus facilement participer et entrer dans le rôle ou la fonction à travailler. Cette méthode permet également un débriefing au décours, reprenant individuellement ou en groupe, les points positifs

et ceux à améliorer.

Les jeux de rôles ont pour objectif de permettre à l'étudiant :

- de s'imaginer dans sa future fonction de médecin en « simulant » ce rôle dans des situations concrètes

- d'apprendre à écouter, en s'y entrainant avec des collègues dans un premier temps

- de révéler un fonctionnement relationnel et les distorsions dans la relation par les prises de conscience en temps réel et les débriefings possibles à la fin du jeu de rôles

- de découvrir la capacité à concevoir différentes hypothèses afin d'adapter ses réponses

En parallèle à ces modalités d'apprentissage, d'autres commencent à être utilisées ou à y être associées dans certains cas.

4 c. De nouvelles techniques intéressantes en psychologie : intérêt de la simulation en santé

En dehors du compagnonnage ou des jeux de rôles, d'autres techniques peuvent être utilisées pour la mise en pratique des connaissances théoriques. Parmi celles-ci, la simulation médicale semble être un outil intéressant (58,61).

Tout d'abord, elle permet une mise en pratique sur des personnes non souffrantes, ainsi la pression liée à la nécessité de performance est moindre. Ensuite, à la différence d'une relation de soins en condition réelle, elle peut être interrompue ou rejouée (alors qu'une relation soignant-soigné peut évoluer, se répéter mais jamais être recommencée depuis le début).

La simulation en santé peut prendre différentes formes : (58,62)

- travail de jeu de rôles, avec des acteurs jouant les situations cliniques et ce qui leur est associé (ressentis, comportement, …) (49,52) : patients « standardisés », « simulés »

- travail sur des mannequins automatisés ou non, ce qui est peu le cas en psychologie ou psychiatrie du fait de l'absence à ce jour d'intelligence artificielle nécessaire à la simulation par des

patients au plus proche de la réalité.

La simulation permet plus de facilité pour interrompre, reproduire, filmer, enregistrer, et débriefer les situations travaillées.

L'apprentissage par simulation permet (63):

– le travail du raisonnement clinique

– l'amélioration des connaissances

– l'amélioration de la pensée critique

– l'amélioration des compétences

– l'amélioration de la confiance en soi

C'est dans ce contexte que nous avons mené une étude, basée sur un module optionnel d'enseignement de psychologie médicale chez les étudiants en deuxième cycle à la faculté de médecine de Nancy.

Cette étude vise à évaluer l'intérêt d'un enseignement optionnel de psychologie médicale au cours du second cycle de études médicales, et l'intérêt de l'intégration des jeux de rôles et de la simulation en santé à cet enseignement.

II. ARTICLE

De nouvelles perspectives dans la formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la simulation en santé

Auteurs : Bourgeois Guillaume, Pham-Dinh Caroline, Hani Hind, Laprévote Vincent, Ligier Fabienne.

Résumé-Abstract

La relation soignant-soigné est fondamentale dans les soins prodigués aux patients. Cependant les étudiants en médecine sont peu sensibilisés à cette notion durant leur cursus. Dans ce contexte, la faculté de Médecine de Nancy propose depuis 2015, une formation optionnelle en psychologie médicale utilisant simulation médicale et jeux de rôles. L'étude présentée évalue la satisfaction des étudiants concernant cet enseignement et les bénéfices obtenus.

Mots-clés

Relation soignant-soigné - formation - simulation - communication - empathie - psychologie médicale - étudiants – satisfaction.

Introduction

La relation qui s'établit entre un soignant et un patient est un des fondements de la prise en charge thérapeutique (11,13). Décrite dès l'Antiquité, elle est étudiée par la psychologie médicale (10,13), surtout depuis le XXème siècle (10).

Ce lien soignant-soigné a un impact avéré sur les soins, depuis l'acceptation diagnostique, jusqu'à l'observance thérapeutique et à son efficacité (4,11).

Ce rapport a subi une évolution notable au fil du temps, passant d'un modèle traditionnellement défini comme paternaliste et asymétrique à une relation de soins plus partenariale (10,13).

Ceci est principalement lié à la reconnaissance de la nécessité du consentement du patient aux soins qu'il reçoit et, à son corollaire, l'information qui lui est délivrée (10). Cette évolution relationnelle s'est accompagnée progressivement d'une réglementation, puis d'une législation autour de la relation de soins (10,17), mettant en avant les droits du patient (17).

Malgré les évolutions du lien soignant-soigné et l'évolution de la législation en faveur des droits du patient, les litiges restent nombreux. Les données de la littérature suggèrent que ceux-ci sont principalement dus à des difficultés dans la dimension empathique et dans la communication (14,17).

Enfin, un climat de méfiance vis-à-vis du corps médical s'installe depuis quelques années (20). En effet, les patients et leurs familles ont de nombreux griefs concernant les prises en charge et les soins : manque de personnalisation des soins, délais d'attente trop longs avant les consultations, indisponibilité des médecins dans les hôpitaux, honoraires variables chez les spécialistes, traitement inéquitable dans l'accès aux soins selon les lieux ou les populations de patients, manque d'informations données, manque de temps consacré aux patients en dehors des actes techniques... (20). Les revendications des patients sont nombreuses.

Malgré son importance reconnue et l'insatisfaction des patients dans la sphère relationnelle, l'enseignement de la relation médecin-patient occupe une place mineure dans la formation des étudiants en médecine (1,20).

Ainsi, la sensibilisation des praticiens à la relation au malade, à la psychologie médicale et à la communication est le plus souvent proposée par le biais de diplômes universitaires (DU) ou inter universitaires (DIU), pendant ou au décours du cursus médical classique.

De plus, cette formation initiale obligatoire est souvent théorique (cours magistraux) et la mise en pratique se fait en stage clinique, par l'imitation des modèles que sont les professionnels plus expérimentés. Ce compagnonnage, indispensable, peut cependant avoir pour effet une formation hétérogène des étudiants, voire induire des habitudes assez éloignées des notions théoriques, par manque de formation des médecins à ces notions de relation soignant-soigné.

C'est dans ce contexte qu'en 2011, l'Académie Nationale de Médecine a recommandé un renforcement de la formation des étudiants et des jeunes médecins à la psychologie médicale (1).

La mise en place d'un enseignement de psychologie médicale à la faculté de médecine de Nancy tente de répondre depuis 2015 à cette recommandation.

Nous présentons ici une étude de la satisfaction et de la pertinence de cet enseignement.

Matériel et méthode

Dans le cadre du Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM) à la Faculté de Médecine de Nancy, une Unité d'Enseignement de Parcours Personnalisé (UEPP) utilisant la simulation médicale, les jeux de rôles et les cours théoriques, a été proposée aux étudiants, pendant l'année universitaire 2015-2016.

Différents sujets traitant de la psychologie médicale ont été abordés comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle, des notions relationnelles chez l'adolescent ou en cas de pathologie chronique, les concepts canadiens d'Omega (2) …

L'objectif de cette UEPP est de fournir aux étudiants des outils et compétences relationnelles pour informer au mieux le patient.

Ce module optionnel a été le support d'une étude prospective qui évalue la satisfaction et les compétences des étudiants dans l'apprentissage de la communication.

Une situation clinique précise et reproductible a été filmée, dans le laboratoire du Centre Universitaire D'Enseignement et de Simulation Médicale (CUESIM) de Nancy.

Le scénario de la situation clinique a été conçu et validé par trois psychiatres hospitaliers, et testé avec les acteurs (les « patients-simulés ») avant le passage des étudiants en simulation. Deux soignants, volontaires et non connus des étudiants, incarnaient les « patients-simulés », il ne s'agissait pas d'acteurs professionnels. Les deux acteurs jouaient le même rôle, chacun était apparié à un groupe d'étudiants, le même pour chaque session de simulation.

Ils incarnaient un patient au Service d'Accueil des Urgences, victime d'un accident de la voie publique avec traumatisme crânien pour qui un scanner cérébral était indiqué mais qui était réticent à le passer.

Une session de simulation était précédée d'un briefing où le procédé de simulation était expliqué aux étudiants, avant que la situation clinique ne leur soit présentée.

Chaque étudiant a procédé individuellement à un entretien réaliste d'environ 15 à 20 minutes. Cet entretien, filmé, avait un but précis : communiquer au mieux avec un patient réticent, victime d'un accident de la route avec traumatisme crânien, afin de lui faire accepter un scanner cérébral.

Chaque étudiant était évalué deux fois, en début d'UEPP (avant la formation) et 6 mois plus tard, à la fin de l'UEPP, sur la même situation clinique.

Un questionnaire (questions fermées avec commentaires possibles) a été remis à chaque étudiant à la fin de chaque session de simulation afin d'évaluer l'enseignement et leurs progrès ressentis.

Un questionnaire a également été remis aux « patients-simulés » après chaque passage d'étudiant pour évaluer, sur une échelle numérique simple allant de 0 à 10 l'empathie retrouvée chez l'étudiant (0 étant l'absence d'empathie et 10 le maximum). L'intention de suivre la recommandation médicale a été évaluée par une question fermée (3 choix possibles).

Un débriefing individuel et collectif a été réalisé après chaque entretien de simulation, identifiant les difficultés, les points positifs observés et l'évolution entre les deux sessions, selon les recommandations de pratique en simulation médicale (12).

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- étudier en DFASM à la faculté de Médecine de Nancy,
- être inscrit à l'UEPP,
- participer aux deux sessions de simulation,
- remplir les questionnaires à la fin de chaque session

La population de l'étude comportait 20 étudiants répartis en 2 groupes de 10, chaque groupe étant homogène sur le plan du sexe et de l'avancée dans le DFASM.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel®.

Le critère principal évalué dans cette étude était la satisfaction des étudiants concernant cet enseignement et l'outil de simulation médicale pour l'apprentissage de la psychologie médicale.

Le critère secondaire était la recherche d'une amélioration des étudiants dans le domaine de la relation médecin-patient jugée sur l'évolution de l'empathie ressentie par le patient-simulé et de son acceptation de la proposition médicale.

Résultats

Les données quantitatives sont décrites par leurs moyennes et leur écart-type.

Concernant le critère principal, l'ensemble des résultats obtenus indique une satisfaction chez 90 à 94% des étudiants pour ce type d'enseignement (contenu et support).

Les valeurs médianes de notation du module (sur une échelle numérique de 0 à 10), sont de 9 à la 1ère session (écart-type 1,26) et 9,37 à la 2ème session (écart-type 1,21).

De plus la totalité des étudiants recommanderait cet enseignement à un collègue.

La pertinence de l'enseignement dans le cursus médical est validé par la totalité des étudiants (33,3% le jugent très utile et 66,7% indispensable, N=20).

Les thématiques abordées lors du module satisfont la totalité des étudiants (assez intéressantes pour 5%, très intéressantes pour 35% et indispensables pour 60%, N=20).

Tous les étudiants ont trouvé un intérêt à l'exercice pour leur future pratique clinique, et ce, aux deux sessions.

L'intérêt de l'utilisation des jeux de rôles (très utile pour 38,9 % des étudiants, indispensable pour 61,1%, N=18), ainsi que de la simulation (très utile à 30% et indispensable pour 70%, N=20) sont également nets pour les étudiants.

L'implication des étudiants dans les exercices de simulation est très bonne, avec respectivement 90% d'entre eux en 1ère session et 95% en seconde (N=20) qui se sont sentis impliqués dans l'entretien.

L'utilité du débriefing au décours de l'exercice de simulation est soulignée par 95% des étudiants en 1ère session et 90% en 2ème session (N=20).

L'importance de répéter la même situation clinique est également retrouvée (utile pour 57,89% des étudiants et très utile pour 42,11%, N=19),

Le réalisme de la situation clinique est aussi constaté par les étudiants (90% en session 1 et 95% en session 2, N=20).

La gêne liée à la caméra est globalement faible : 80% des étudiants n'éprouvent aucune gêne aux deux sessions, 10% se trouvent légèrement gênés et 10% sensiblement gênés, (les même personnes pour les deux sessions) (N=20).

La difficulté ressentie par les étudiants (N=19) tend à diminuer à la deuxième session, puisque 63,16% se trouvent moins en difficulté lors de la 2ème session, tandis que 31,58% (N=19) ne constatent pas de changement, et que 5,26% se sont sentis plus en difficulté au 2ème entretien.

Figure 1 : résultats des questionnaires de satisfaction

	inutile	utile	très utile	indispensable
Intérêt UEPP dans le cursus médical (N = 18)			(6) 33,3%	(12) 66,7%
Intérêt de la simulation dans l'UEPP (N = 20)			(6) 30%	(14) 70%
Intérêt des jeux de rôle dans l'UEPP (N = 18)			(7) 38,9%	(11) 61,1%
Intérêt de la répétition de la même situation clinique (N=19)		(11) 57,89%	(8) 42,10%	

	aucun	un peu	beaucoup	énormément
Gain en communication ressenti par les étudiants (N = 20)		1 soit 5%	12 soit 60%	7 soit 35%
Modification du comportement en stage après l'UEPP (N = 20)		5 soit 25%	13 soit 65%	2 soit 10%

Concernant le critère secondaire de cette étude, on constate également une amélioration perçue par les étudiants dans leurs capacités de communication au décours du module d'intensité légère pour 5% des étudiants, importante pour 60%, et majeure pour 35% (N=20).

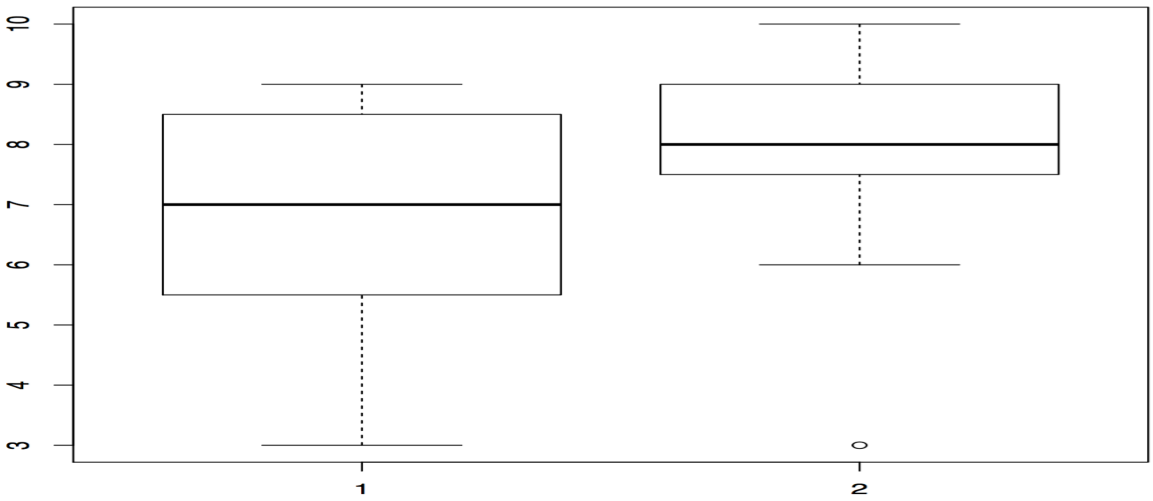
Les étudiants interrogés perçoivent une modification de leur comportement en stage clinique (envers le patient) après l'UEPP de façon légère chez 25% d'entre eux, importante chez 65%, et majeure chez 10% (N=20).

On observe une évolution de l'empathie ressentie par le « patient-simulé » (figure 2).

La valeur médiane de cette notation passe de 6,85 (écart-type 1,72) à la première session de simulation à 7,9 (écart-type 1,62) à la 2ème session de simulation.

Il y a donc une évolution presque significative (p = 0,053) dans le sens d'une amélioration de l'empathie manifestée par les étudiants pour le « patient-simulé ».

Figure 2 : Empathie ressentie par le « patient-simulé »

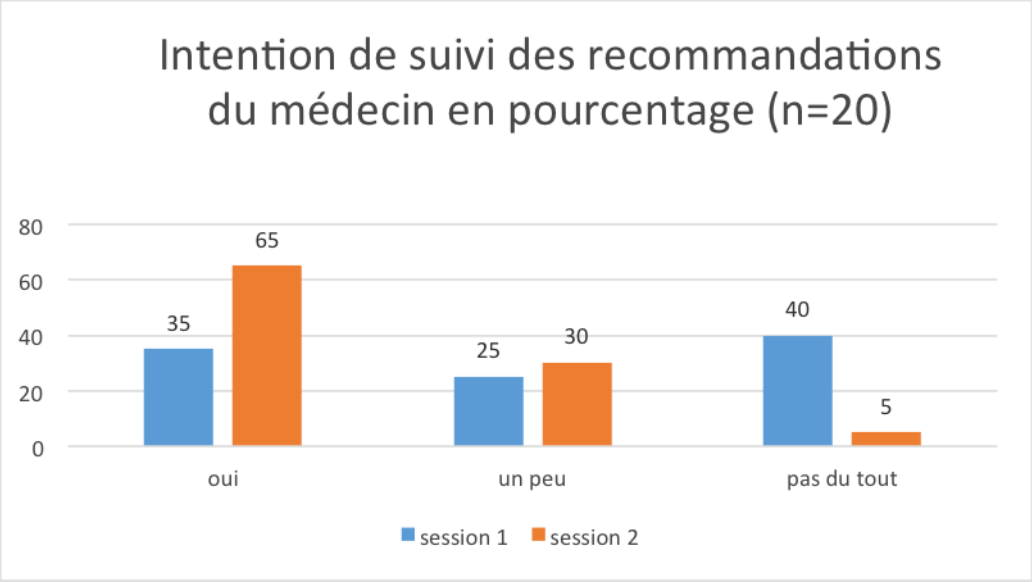


Enfin on observe une évolution de l'adhésion à la proposition médicale (figure 3).

On retrouvait lors de la 1ère session, une adhésion dans 35% des cas, un doute dans 25% des cas et un refus à 40%. En 2ème session l'adhésion est obtenue dans 65% des cas, le doute passe à 30% et les refus à 5%.

Les scores ont été comparés avec le test de Fischer et on observe une différence significative (p=0,024) entre les deux sessions dans le sens d'une amélioration de l'adhésion du patient à la proposition médicale.

Figure 3 : intention de suivi des recommandations médicales, en pourcentage



Discussion

La satisfaction des étudiants, le gain de compétence perçu et la pertinence de cette formation dans le cursus médical apparaissent nettement à travers les résultats de cette étude.

Par ailleurs, la perception par l'étudiant et le « patient-simulé » d'une amélioration de l'empathie et de l'adhésion aux soins sont également nettes. Cela démontre l'intérêt pédagogique de cet enseignement. Enfin, la perception par les étudiants d'une modification de leur pratique envers les patients semble montrer que la mise en pratique de cette formation est rapidement possible et intéressante pour l'étudiant et donc pour le patient et l'étudiant.

Des études similaires concernant la formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale, s'appuyant sur la simulation médicale comme à Angers ou les jeux de rôles à Rennes (5), donnent des résultats identiques et montrent donc l'intérêt des étudiants pour ce type de formation plus interactif et innovant.

L'étude présentée a cependant plusieurs limites : le faible échantillonnage de 20 étudiants qui rend la représentativité limitée, le choix d'acteurs non professionnels qui entraîne une possible variabilité de la relation malgré la reproductibilité de la situation clinique, et enfin l'absence de marqueur significatif de gain de communication ou d'empathie chez les étudiants.

Par ailleurs, si la satisfaction est franche, se pose la question de l'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient. Cette évaluation est bien plus subjective que celle d'autres compétences comme la capacité diagnostique ou thérapeutique et donc plus complexe à évaluer (7).

Pourtant, des outils déjà existants peuvent aider à évaluer la qualité de cette relation.
Ainsi, il existe des questionnaires d'auto ou d'hétéro évaluation de la relation (3,6), ou d'autres méthodes basées sur l'observation de marqueurs comme le langage non-verbal, le temps de latence de réponse ou le pourcentage d'interruption du discours du médecin pour évaluer la qualité de la relation (15).

Ce type d'auto et hétéro-évaluation de compétences relationnelles est peu utilisé en France, bien qu'une grille d'évaluation ait récemment été proposée (3). Pourtant, la pertinence de ces évaluations est reconnue (9), et celles-ci sont couramment utilisées dans les pays anglo-saxons, avec des outils comme la grille de Calgary-Cambridge (6) ou d'autres grille d'évaluation relationnelles du même ordre.
Nous avons choisi dans cette étude, d'utiliser l'évaluation par le « patient-simulé » pour juger de la qualité de la relation de soins par le biais de questionnaire, une méthode dont la pertinence est validée par les données de la littérature (9).

En France, cette formation en psychologie médicale des étudiants et des praticiens semble devoir être renforcée pour tenter d'améliorer les rapports entre soignants et patients (1), ceci dès les début du cursus.

Différentes méthodes pour sensibiliser les soignants émergent, comme l'usage dans ce domaine de la simulation médicale, la créations d'échelles d'évaluation de la relation de soin (3), d'université virtuelle de patients (19) où ceux-ci peuvent s'informer et communiquer avec les soignants autour de leur maladie. On retrouve même des projets de participation des patients à la formation des étudiants en région parisienne (18)

Au niveau international, certains pays comme le Canada ou le Royaume-Uni ont fait de la psychologie médicale une des bases de la formation. Ainsi, les étudiants ont des objectifs-cibles d'acquisition de compétences relationnelles au Canada (16), où cette dimension relationnelle est évaluée et nécessaire à l'obtention du doctorat en médecine. Au Royaume-Uni, les patients participent de façon active à la formation des soignants (8).

La réalisation d'autres études qualitatives cernant les compétences ciblées et évaluant leur évolution semble nécessaire pour augmenter la pertinence des résultats présentés.

Ces études sont en cours au CUESIM de Nancy avec la recherche d'un marqueur significatif de l'alliance thérapeutique.

Bibliographie

1. Académie Nationale de Médecine. Un humanisme médical pour notre temps. 2011. Académie nationale de médecine

2. Agence Régionale de Santé. Omega. CH Fains-Veel, 2013.

3. Ariot C, Boguet C. construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. [Grenoble]: Grenoble; 2015

4. Bergeret J, Bécache A, Boulanger J-J, Chartier J-P, Dubor P, Houser M, et al. Psychologie pathologique théorique et clinique. 11ème édition. Elsevier Masson; 2012.

5. Bonnaud A, Power P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. 2004;5(3):159–66.

6. Bourdy, Millette, Richard, Lussier. Guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale. 2014.

7. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. Med Educ. 2011 Dec;45(12):1181–9.

8. Collectif. « Les patients enseignants, une révolution dans la formation des médecins ». Le Monde. 2016 Sep 12

9. Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH. Assessment of Empathy in a Standardized-Patient Examination. Teach Learn Med. 2009 Nov 20 10. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. In: Four models of the physician-patient relationship. JAMA; 1992. p. 267–93.

11. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413.

12. Granry, Moll. Etat de l'Art (national et international) en matières de pratiques de simulation dans le domaine de la santé. HAS; 2012.

13. Jeammet, Reynaud, Consoli. Psychologie médicale. 2ème édition. Masson; 1996.

14. Mantz J, Wattel F. Importance de la communication dans la relation Soignant-soigné. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2006.

15. Micoulaud-Franchi J-A, Geoffroy P-A, Amad A, Quiles C. Le boucher du Prince Wen-houei. De l'art médical du recueil sémiologique valide en psychiatrie. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2016 Jun;174(5):402–9.

16. Université de Montréal. Doctorat de 1er cycle en médecine - Université de Montréal.

17. Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère M. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. Fr Aff Soc. 2000;73–88.
18. Université des patients. L'organisation de L'UDPG. Université des Patients de Grenoble.
19. Université de Bobigny. PATIENTS-ENSEIGNANTS - Fondements-du-programme-patients-enseignants.
20. Winckler M. Les Brutes en blanc. Paris: Flammarion; 2016.

III. DISCUSSION et PERPECTIVES

1. Discussion des résultats de l'étude (Annexe 1)

Les résultats de cette étude montrent la satisfaction des étudiants quant à la formation à la psychologie médicale et à la communication. En effet, malgré la petite taille de l'échantillon de l'étude, l'évaluation globale de l'enseignement est supérieure à 9 sur 10 et la totalité des étudiants recommanderait cet enseignement à un ami ou collègue.

Cette étude objective aussi leur demande de formation en psychologie médicale et l'utilité approuvée de ce support pédagogique basé sur les jeux de rôles et simulation médicale associés aux cours théoriques. Ici encore, la satisfaction des étudiants est unanime.

D'autres études portant sur la satisfaction des étudiants à propos des enseignements de psychologie médicale, basée sur la simulation médicale comme à Angers, ou les jeux de rôle comme à Rennes (64), retrouvent des résultats similaires en terme de satisfaction des étudiants.

La satisfaction des étudiants concernant l'utilisation de méthodes innovantes comme la simulation médicale (innovante en psychiatrie, car la simulation médicale est utilisée depuis de nombreuses années dans d'autres spécialités médicales ou chirurgicales) est donc nette.

Cependant, si l'appréciation de l'acquisition de compétences techniques (gestes, protocoles, techniques opératoires) peut être évaluée de façon fiable et précise, l'acquisition et l'amélioration des compétences relationnelles se révèle plus délicate à estimer.

Ainsi, l'intérêt porté par les étudiants à ce type de formation et de support est encourageant et peut inciter à les développer de façon plus uniforme et plus régulière dans le cursus de formation médicale. En effet, nous avons vu que la formation en psychologie médicale et l'utilisation pédagogique de la simulation médicale sont très inégales en fonction des universités.

Cependant, avant d'extrapoler les résultats de l'étude il convient d'en rappeler les limites. Tout d'abord, l'échantillon est faible puisqu'il comporte 20 étudiants. Cela dit, cela correspond au nombre d'étudiants inscrits à cette première session d'UEPP qui n'existait pas avant 2015. Cet échantillon est donc insuffisant pour être représentatif bien qu'il donne des tendances claires en terme de satisfaction et de gain de compétences.

Ensuite, l'étude a été faite sans groupe témoin, puisque le modèle retenu était une évaluation pré et post UEPP. Un groupe témoin, constitué d'étudiants ne participant pas à l'UEPP et participant aux 2 sessions de simulation, aurait permis d'avoir un aperçu des gains de compétences liées à la formation clinique et théorique traditionnelle (cours et stages cliniques). Ce groupe témoin aurait pu être comparé au groupe bénéficiant de l'UEPP, en début d'année mais surtout à l'issue du module, pour avoir un aperçu plus objectif de l'amélioration chez les étudiants imputable à l'enseignement proposé.

Il est important de noter qu'il n'y a pas eu de biais de recrutement puisque les étudiants ignoraient le contenu de l'enseignement. La plupart, interrogés en début de module, pensaient venir dans un cours complémentaire de psychiatrie en vue de l'Examen Classant National (ECN). On aurait pu penser que les étudiants inscrits présenteraient un tropisme pour l'aspect relationnel de leur art, mais cela n'est pas le cas.

Les données ont été recueillies sur la base d'auto-questionnaires remplis par les étudiants (questions fermées de type Likert à 3 ou 4 choix possibles et notations sur des échelles numériques simples) et d'évaluation par les « patients-simulés » (questions fermées type Likert à 3 choix possibles). Il n'y a pas eu d'évaluation externe autre que celle des « patients-simulés » concernant le gain de compétence des étudiants dans le domaine de la communication et de l'empathie. Bien que la fiabilité de l'évaluation par les « patient-simulés » soit reconnue (65), une évaluation externe par des observateurs non impliqués (professionnels de santé, enseignants, patients simulés ou patients réels) aurait pu permettre de comparer le ressenti des acteurs avec le ressenti extérieur. Cette évaluation extérieure peut se révéler plus difficilement réalisable car la relation soignant-soigné n'a

pas été vécue mais seulement observée, cependant, elle serait peut-être décrite de façon plus objective, si tant est que cela soit possible, pour les mêmes raisons.

Enfin, le choix de « patients-simulés » non professionnels peut limiter la reproductibilité voire le réalisme des situations cliniques du fait de l'absence de formation spécifique des « patients-simulés » à leur rôle. Certains pays utilisent des acteurs professionnels pour incarner les « patients-simulés ». Cela dit, la totalité des étudiants interrogés ont jugé suffisamment réaliste la situation clinique qui leur a été proposée et les débriefings collectifs ont fait émerger un vécu globalement similaire des entretiens parmi les étudiants (en termes de difficulté, réalisme, difficultés rencontrées, interactions avec le patient, …).

Enfin, une limite de l'étude est de reposer principalement sur la satisfaction des étudiants, sans évaluer plus finement l'amélioration des compétences. En effet, dans une perspective d'amélioration de la relation soignant-soigné, des évaluations plus précises des améliorations faites par les étudiants sont nécessaires, comme le fait d'affiner les enseignements proposés en fonction des objectifs d'acquisition recherchés.

Ceci est principalement dû à l'absence de marqueur spécifique permettant d'apprécier la qualité de la relation de soins. Ici, seules l'empathie et l'adhésion à la proposition de soins permettent d'estimer une amélioration significative de la relation; mais ces indicateurs manquent de spécificité. D'autres études concernant la recherche d'un marqueur d'alliance thérapeutique et de bonne relation soignant-soigné sont en cours dans la même faculté. Ces études utiliseront également le même mode de formation des étudiants (UEPP de psychologie médicale alliant jeux de rôles et simulation enregistrée en vidéo).

Cela permettra d'obtenir des marqueurs objectifs (au-delà de l'appréciation des étudiants, nécessaire mais non suffisante) de l'intérêt de ce module de formation. Ces marqueurs pourraient permettre d'évaluer la progression des étudiants et aider à affiner les enseignements proposés.

2. Evaluation de l'amélioration d'une relation soignant-soigné

A ce jour, il n'y a pas de marqueur objectif, reconnu et validé pour évaluer la qualité d'une relation soignant-soigné.

Dans les pays anglo-saxons, pour estimer les gains et les compétences acquises dans un domaine spécifique, différents experts ont créé le concept d'Examen Clinique Objectif Structuré (ECOS) correspondant à un examen clinique exhaustif, pertinent et reproductible dans une spécialité médicale ou chirurgicale. Ces ECOS sont définis comme « examens cliniques étalons », et les étudiants sont évalués sur la base de ceux-ci. L'amélioration des étudiants peut également être estimée à partir de ces référentiels.

Les données de la littérature internationale (65) décrivent une difficulté supérieure dans l'évaluation des compétences relationnelles par rapport aux compétences techniques.

L'évaluation de la qualité de la relation soignant-soigné, de l'acquisition ou de l'amélioration des compétences relationnelles et de communication est donc difficile, principalement du fait du caractère subjectif de la relation.

En psychiatrie, l'évaluation d'une dynamique relationnelle entre plusieurs individus est un aspect fréquent de la pratique clinique. Dans ce cas comme lors d'un entretien psychiatrique individuel, plusieurs paramètres peuvent éclairer sur la dynamique relationnelle s'installant entre plusieurs personnes, donc possiblement entre un soignant et un patient. Ainsi, le langage verbal est un indicateur du climat relationnel entre deux sujets (ton, nature des propos, rythme, cris, …), mais le langage non verbal est une source d'information tout aussi importante, voire plus importante (54). Le langage non verbal est souvent décrit comme plus représentatif de la dynamique relationnelle que le langage verbal (49), car le non-verbal est plus difficilement maîtrisable (ou incomplètement). En effet le langage non verbal est plus souvent automatique, réflexe ou inconscient quand les mots sont souvent (parfois tout au moins) choisis ou pensés. Ainsi, l'évaluation de la communication non verbale pourrait être une piste pour l'évaluation de la qualité de la relation soignant-soigné.

Divers outils existent déjà sur la base de ces différentes méthodes d'approche de l'évaluation relationnelle.

Par ailleurs, il convient de rappeler que cet apprentissage devrait, au mieux, ne pas concerner que les étudiants en médecine. En effet la formation des étudiants est nécessaire mais également celle de leurs seniors (qui dispensent les enseignements théoriques ou sont tuteurs en stage clinique), dans le cadre de la formation continue. Pour une meilleure intégration de cet apprentissage relationnel, l'étudiant voit ses acquis théoriques renforcés par l'observation de ces compétences chez son formateur.

De nombreuses modalités et outils pratiques existent et tendent à se développer pour contribuer à renforcer cette formation. Ceci est le cas à différents niveaux d'études et sous diverses formes.
Certains sont développés en France et d'autres à l'étranger, certains applicables aux études de médecine et d'autres aux formations paramédicales.
Il semble également nécessaire d'insister auprès du grand public sur la légitimité d'une exigence de meilleure communication de la part des soignants.

3. Perspectives dans le cadre des études médicales

L'apprentissage de la psychologie médicale est donc recommandé par les autorités françaises de santé (42,43,49) (Académie de Médecine, Conseil de l'Ordre, Ministère de la Santé), recommandé au niveau international (66) et souhaité par les étudiants en médecine. Ceci est particulièrement le cas pour les étudiants en DFASM, mais également pour les internes ou étudiants en Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM). Il y a donc rencontre entre les demandes de formation des étudiants et les recommandations.

Différentes possibilités ont déjà été proposées ou pourraient être étudiées afin de répondre à ces demandes émanant des autorités, des étudiants et des patients.

Basé sur l'expérience de l'enseignement en compétences relationnelles et de communication, des recommandations internationales pour la formation des étudiants à la relation de soins existent (65,71). Les conditions nécessaires à l'enseignement sont les suivantes :

- avoir un référentiel solide, validé, en matière de communication ;

- mettre en pratique de façon répétée les habiletés de communication visées, la pratique étant associée à une rétroaction, descriptive, spécifique et immédiate (débriefing) ;

- l'intégration de l'apprentissage de la communication médecin-patient tout au long des études médicales ;

- l'évaluation de l'acquisition des habiletés de communication, en cours de formation et comme critère de validation de fin d'études ;

- y associer la mise en place d'activités de réflexion et de connaissance de soi, pour reconnaître ses propres valeurs et émotions intervenant dans la relation médecin-patient ;

- l'instauration de cliniciens-enseignants qui sont des modèles de rôle d'une communication professionnelle en santé adéquate, ce qui nécessite des programmes de formation des formateurs.

En amont de ces enseignements, certaines propositions concernant l'évaluation des motivations à « faire médecine » avant l'entrée dans le cursus de formation ont été proposées par l'Académie Nationale de Médecine (43). Un entretien individuel avec les étudiants, préalable à l'entrée en faculté de médecine, a été proposé, afin de cerner leurs motivations à se former et leur vision de leur futur métier. Cela dit, la plupart des personnes entrant en faculté de médecine sont issues du lycée et sont de jeunes majeurs. Il paraît difficile d'attendre de la part de l'ensemble des futurs étudiants, une réflexion poussée concernant l'éthique, la communication, la définition de la relation

de soins ou de leur vision de la médecine. Cependant, ces entretiens pourraient permettre, après études des réponses des étudiants, de se faire une idée des motivations et de l'importance accordée à la relation au patient dans le choix de ce cursus (ou des filières de santé plus généralement).

3 a. Au cours du premier cycle des études médicales

Les SSH (Santé, Société, Humanités) introduisent des notions de relation soignant-soigné, d'éthique et d'histoire de la médecine, bien que le contenu de ces enseignements dépende des facultés. Ce module « humaniste » est maintenu au fil des réformes, et souvent, les différentes facultés l'associent à des lectures personnelles permettant à l'étudiant de prendre conscience progressivement du rôle qui sera le sien. Une harmonisation de l'enseignement en termes de relation soignant-soigné et une augmentation du temps passé à l'enseignement de la psychologie médicale et de la communication pourraient être utiles dès les premières années. Le programme est déjà lourd et de nombreuses notions sont importantes, mais certains points si discriminants pour le concours de fin de première année ne semblent pas être aussi nécessaires en pratique quotidienne que l'obtention d'une bonne alliance thérapeutique avec les patients.

3 b. Durant le second cycle des études médicales

Le second cycle des études médicales est, dans la plupart des pays ayant fait de la psychologie médicale et de la communication des cycles d'acquisition, la période durant laquelle ces thèmes sont enseignés aux étudiants.

Selon les données de la littérature internationale (67), les méthodes les plus performantes en terme d'apprentissage de la communication et de la psychologie médicale associent les cours théoriques, les illustrations visuelles (photos, vidéo, observation clinique) et la mise en pratique par les jeux de rôles ou la simulation.

Certains pays, comme l'Allemagne ou le Canada, ont mis en place une formation obligatoire, dans le domaine de l'apprentissage de la relation soignant-soigné et de la communication.

En Allemagne, une étude réalisée en 2010 à Hanovre montre que l'enseignement obligatoire des compétences sociales et de communication chez les étudiants de 3ème année de médecine permet une amélioration significative de ceux-ci dans les champs ciblés (46). Cet enseignement est basé sur l'association de cours théoriques et d'application pratique par des jeux de rôles ou par l'utilisation de la simulation médicale. L'amélioration est évaluée par les étudiants eux-mêmes et par les « patients-simulés » lors des sessions d'évaluation.

Au Canada, ce sont aussi les enseignants qui évaluent les compétences en plus des « patients-simulés » et étudiants.

Ainsi, cet enseignement peut se faire au mieux en associant les enseignements théoriques et pratiques au travers de différentes méthodes (jeux de rôles, simulation, …).

Ces compétences pourraient être renforcées et consolidées lors des stages cliniques par une remise en place du compagnonnage. Ainsi, des médecins seniors, formés, seraient référents des étudiants et serviraient de tuteurs et d'évaluateurs réguliers, auprès des patients en situation clinique réelle. Ils pourraient ainsi renforcer par l'observation « in vivo », dans la pratique clinique réelle, les enseignements transmis « in vitro » (cadre des enseignements universitaires).

Il semble donc important de souligner que pour garantir une meilleure formation des générations de praticiens à venir, la formation des médecins actuels, modèles identificatoires pour les plus jeunes voire pour leurs pairs, semble utile et même indispensable. Cette formation pourrait reposer sur les mêmes outils : la simulation médicale et les jeux de rôles par exemple. L'intérêt de ces pratiques est reconnu dans le cadre des formations continues chez les médecins (61).

Ici encore se poserait la question de l'organisation de ce type d'enseignement. La répartition des étudiants en petits groupes, permettant la pratique de jeux de rôle ou de simulation et offrant une

meilleure interactivité dans l'enseignement, impose des nombreuses plages horaires disponibles, de nombreux enseignants ou une grande disponibilité de leur part et une organisation complexe pour que chacun soit formé.

Le deuxième cycle étant la période de préparation à l'ECN, une réorganisation de l'enseignement faisant une place plus importante à la psychologie médicale peut se révéler délicate à mettre en œuvre. Cela dit, certains pays l'ont mise en place et les recommandations officielles incitent les universités à évoluer en ce sens.

3 c. Durant l'internat

L'impact majeur de la relation de soins dans le processus thérapeutique a été décrit. Cette constatation est valable en médecine générale comme en médecine de spécialité. La médecine générale, la psychiatrie, l'oncologie ou encore la gynécologie-obstétrique semblent les disciplines dans lesquelles les patients ont les plus fortes attentes en terme de relation de soins (5).

Une poursuite (ou un début) de la formation consolidant des acquis antérieurs (DFGSM, DFASM) pourrait être utile aux internes.

Des formations alliant les méthodes précédemment citées dans le cadre de modules d'enseignement pourraient être organisées par les universités indépendamment des DU ou DIU. Cela garantirait une formation continue, si celle-ci est déjà dispensée durant le deuxième cycle. L'importance du temps de formation pourrait dépendre des spécialités, ainsi, l'importance accordée à cet enseignement pendant l'internat d'anatomo-pathologie serait différent de celui de médecine générale.

Des études récentes montrent la satisfaction des internes quand ce type de formation leur est proposé, comme dans le cadre de la formation à l'annonce d'un diagnostic ou de mauvaise nouvelle (68).

D'autres supports ont déjà prouvé leur efficacité, comme la supervision collective ou individuelle, les groupes d'inspiration Balint. Ces séances peuvent permettre un questionnement éthique et une discussion entre pairs sur les pratiques cliniques, thérapeutiques, institutionnelles et de communication, et donc, directement ou non, sur la relation soignant-soigné.

Enfin, d'autres méthodes comme la simulation ou la réhabilitation du compagnonnage pour les internes pourraient apporter un bénéfice certain dans la réactualisation de connaissances et le réajustement des pratiques professionnelles.

En effet, la satisfaction des internes concernant l'utilisation de la simulation médicale dans les apprentissages en psychiatrie (62,69) est toute aussi nette que chez les étudiants en médecine.

Ici encore se pose la question de la faisabilité d'un tel enseignement. Les maquettes des DES incluent des enseignements obligatoires et nécessaires qui laissent peu de place à une nouvelle thématique. Cependant, le climat actuel de défiance à l'égard du corps médical pour des raisons principalement relationnelles (5,6) et les recommandations officielles (43) incitent, ici encore, à faire évoluer les pratiques en matière de relation soignant-soigné.

4. L'évaluation des compétences relationnelles : les pistes existantes

Si les compétences en terme de communication, et relationnelles peuvent être des cibles d'acquisition, des évaluations de ces acquisitions sont nécessaires, et nécessitent des indicateurs ou des outils permettant de mesurer l'évolution des étudiants. Différents outils existent déjà à cette fin, mais sont peu utilisés en France.

4 a. Les indicateurs de la qualité d'une relation de soin

Un indicateur de la qualité de la relation de soin en médecine générale a été proposé (70) : il permet

au médecin et au patient d'évaluer la qualité de la relation thérapeutique s'installant entre eux et il est basé sur 5 critères principaux : l'accueil, l'empathie, les qualités de communication, le partage d'informations, le partage de décision (annexe X).
Ce type d'indicateur peut devenir un indice d'alliance thérapeutique et être utilisé dans l'évaluation globale des étudiants au cours de leur formation.

Ce type d'indicateur existe déjà dans les pays anglo-saxons sous forme d'évaluation de la communication médecin-patient, comme c'est le cas avec les grilles d'évaluation de Calgary-Cambridge (71,72) (annexe 6) qui est la référence utilisée par la plupart des universités nord-américaines et britanniques, la grille de Luc Côté (annexe7) celle de Rochester (annexe 8).
Ces outils proposent des méthodes comportementales et des stratégies de communication visant à favoriser l'alliance thérapeutique et la bonne qualité de la relation médecin-patient (66). Elles reprennent le déroulement d'une consultation médicale en insistant sur les informations et les attitudes à adopter par le soignant aux différentes étapes de l'entrevue. Ces techniques de communication constituent des compétences à acquérir, et ce sont les enseignants formateurs qui évaluent les étudiants lors de leurs cursus à partir de ces compétences, avec la validation obligatoire de ces compétences relationnelles ou communicationnelles dans des pays comme le Canada (47). Au Canada, les étudiants se destinant à la médecine générale (médecine des familles) ont une formation obligatoire en communication médicale avec des bases de psychologie médicale (42). Cette formation, obligatoire et évaluée, est intégrée dans le cursus de formation. Sa validation est nécessaire à l'obtention du diplôme.

4 b. Les guides et recommandations existants

Le guide Calgary-Cambridge (71,72) est reconnu comme le référentiel international en terme de techniques de communication entre soignant et soigné. Il est la base des enseignements dans de

nombreux pays (Suisse, Royaume-Uni, Canada, les Etats-Unis,…). D'autres outils peuvent servir à favoriser une bonne communication lors d'une consultation médicale comme la grille de Luc Côté, la grille de Rochester (annexes 7 et 8). Une grille française (annexe 5) a également été proposée dans le même ordre d'idée (70).

D'autres outils sont aussi à disposition des soignants pour améliorer la communication et la relation de soins.

La Haute Autorité de Santé propose un guide « Faire Dire », disponible sur le site internet de l'HAS, à destination des patients et des médecins pour favoriser un dialogue efficace. Il s'inspire des outils internationaux existants (Teach-back, Show-me ou Closing-the loop). C'est un outil de communication basé sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé. Son utilisation permet de s'assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues. L'outil comporte 3 étapes successives : Expliquer - FAIRE DIRE - Réexpliquer si nécessaire

Une application pour smartphone a aussi été proposée aux patients, MediPicto AP-HP afin d'améliorer le dialogue entre les équipes soignantes et les patients.

Enfin, les patients eux-mêmes peuvent aider à améliorer la communication et la relation soignant-soigné.

5. La participation des patients à la relation et à la communication

5 a. Exemple de l'université des patients à Paris

Un site internet a été créé à Paris, « l'université des patients » pour favoriser l'accès aux informations pour les patients. Ainsi, pour répondre à leurs questions, expliquer les différentes pathologies au

grand public, des cours ou des services de messagerie mettent en relation le grand public, les patients et des professionnels de santé.

Cette université des patients propose des DIU d'éducation thérapeutique, destinés à un public de patients et de soignants. Les promotions mêlent ainsi les deux types de populations qui échangent leur vécu et renforcent ainsi leur compréhension de l'autre et leur partenariat.

Le but de cet outil est de former des patients-experts de leur pathologie (pathologie chronique), complémentaires des soignants, car en partie centrés sur le vécu quotidien avec la maladie et l'adaptabilité possible. Ces « patients-experts » peuvent également participer à des rencontres avec les soignants et d'autres patients non experts, afin de faciliter les prises en charge.

Ce type d'outil renforce la communication entre les différents protagonistes de la relation de soin, et permet de délivrer une information scientifique adaptée, validée et contrôlée par les professionnels de santé.

Ce concept a été repris par d'autres universités comme Grenoble, Marseille et d'autres pays commencent à s'intéresser à cette idée et à la notion de « patient-expert ».

5 b. L'intégration des patients dans la formation des étudiants

En Angleterre, les patients participent activement à la formation des étudiants en médecine, sous différentes formes ;

- les patients enseignants : 400 patients porteurs de maladies chroniques principalement, participent à la formation des étudiants, par le biais de cours, de groupes de parole ou de rencontres où les patients expliquent le vécu de leur maladie et de leurs traitements, leurs attentes. Cette méthode vise à sensibiliser les étudiants à l'empathie et à la dimension relationnelle se tissant entre un praticien et les patients qu'il soigne, surtout dans les pathologies chroniques, où la lassitude, la routine, l'évolution inéluctablement défavorable des pathologies peuvent écorner la relation de soin et la réduire à son strict minimum.

- les patients appariés aux étudiants tout au long de leur cursus médical et participant à l'évaluation de leurs connaissances : chaque étudiant va être suivi au long de son cursus par un binôme formé d'un médecin et d'un patient atteint d'une maladie chronique.

En France, ce concept est repris par la faculté de médecine de Bobigny depuis 2016. Les patients viennent donner des cours de communication aux internes de médecine générale.

6. La qualité de la relation de soins … pour les soignants

Une relation de soin de qualité permet une meilleure efficacité thérapeutique et un meilleur vécu de leurs troubles par les patients . Il semble également important de noter que du côté des soignants, la qualité de la relation de soins a aussi un impact sur le vécu de leur travail.

En effet, des études montrent qu'un surinvestissement personnel ou une empathie trop marquée (par mauvaise gestion de la distance relationnelle) sont des facteurs de risque d'épuisement professionnel ou de « burn-out » chez les soignants (41,65).

Depuis plusieurs années, parallèlement aux attentes des patients concernant la réhabilitation de l'humanisme médical, la souffrance des soignants est de plus en plus dénoncée. Les études ou articles sur le « burn-out » et les manifestations des soignants pour exprimer leurs difficultés se multiplient depuis quelques années.

Ainsi, une mauvaise communication peut nuire à la relation médecin-malade et donc favoriser le « burn-out » des soignants. Cet épuisement professionnel, marqué par une déshumanisation des relations, peut donc pérenniser une relation de soins de mauvaise qualité et les conséquences en terme thérapeutique.

L'enjeu de l'amélioration de la qualité de la relation de soins est donc double, car il concerne à la fois les patients et les soignants.

Conclusion

L'évolution de la médecine et la reconnaissance des droits des patients a conduit à de profondes transformations dans la relation soignant-soigné. Mais malgré ces évolutions légales, sociales, éthiques et techniques, de nombreuses difficultés subsistent dans cette relation, qui est étudiée par la psychologie médicale. Une relation de soins de qualité est un gage d'efficacité thérapeutique et de satisfaction des soignants et des patients. Alors que beaucoup de ces difficultés sont liées à des problèmes de communication, la formation des soignants dans ce domaine reste très insuffisante, notamment en médecine et en France. La demande d'apprentissage des étudiants en matière de communication et de compétences relationnelles est forte, et ce aussi bien en France qu'au niveau international. 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. L'apprentissage théorique couplé à la mise en pratique donne les meilleurs résultats en termes de compétences relationnelles, ce que corrobore l'étude présentée. En France, la formation à la psychologie médicale tend à se développer, tout comme l'usage des jeux de rôles et de la simulation en santé. Cependant, les marqueurs objectifs d'une bonne relation de soins sont à ce jour peu nombreux et il n'existe pas d'indicateur clinique mesurable de la qualité de la communication et de la relation soignant-soigné. Ainsi, en France, la formation des soignants dans ce domaine semble indispensable, tant pour les étudiants que pour leurs enseignants. Les pays anglo-saxons peuvent apporter des idées en ce sens, les outils déjà existants peuvent être plus largement utilisés et les travaux en vue d'améliorer les connaissances en compétences relationnelles peuvent être renforcés dans un sens qualitatif.

Bibliographie

1. Jeammet, Reynaud, Consoli. Psychologie médicale. 2ème édition. Masson; 1996. (abrégés).

2. Bergeret J, Bécache A, Boulanger J-J, Chartier J-P, Dubor P, Houser M, et al. Psychologie pathologique théorique et clinique. 11ème édition. Elsevier Masson; 2012. (Abrégés).

3. Escande M. la relation médecin-malade : annonce d'une maladie grave. In: polycopié national des enseignants de psychiatrie [Internet]. 2001 [cited 2016 Sep 24]. Available from: http://www.fascicules.fr/data/consulter/psychiatrie-polycopie-relation-medecin-malade.pdf

4. Hippocrate. Epidémies V & VII. Broché. Les belles lettres; 2000.

5. Winckler M. Les Brutes en blanc. Paris: Flammarion; 2016.

6. Mantz J, Wattel F. Importance de la communication dans la relation Soignant-soigné. Paris: Académie Nationale de Médecine; 2006.

7. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413.

8. Parsons T. Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne. In: The social system. New York: Free Press; 1951.

9. Sandrin-Berthon B. L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution. In: L'éducation pour la santé des patients : un enjeu pour le système de santé. CFES. Vanves; 2001. p. 21–32.

10. Ménoret M, Carricaburu D. Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris: Nathan; 2004.

11. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. In: Four models of the physician-patient relationship. JAMA; 1992. p. 267–93.

12. Moumjid-Ferdjaoui N, Carrère M. La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale. Fr Aff Soc. 2000;73–88.

13. Freidson E. La profession médicale. Paris: Payot; 1984. 369 p.

14. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. Outil de communication II. Guide de ressources [Internet]. Ottawa: Santé Canada; 2001. 31 p. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf

15. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sci Soc Santé. 2007;25(2):43.

16. Bioy A, Bourgeois, F., Nègre, I. La communication entre soignant et soigné : repères et

pratiques [Internet]. [cited 2016 Aug 29]. Available from: https://books.google.fr/books/about/La_communication_entre_soignant_et_soign.html?hl=fr&id=6GEw4v_EsKQC

17. Hoerni B, Saury R. Le consentement : information, autonomie et décision en médecine. Paris: Masson; 1998.

18. Sarkissian L-E. Le consentement éclairé du patient [Odontologie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.

19. Percival T. Medical Ethics : Or a code of Institutes and Percepts, Adaptated to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. Londres: J. Johnson & R. Bickerstaff; 1803.

20. Simon M. Déontologie médicale ou Des devoir et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation. Paris: J-B. Baillière; 1845.

21. Decanter B, Cacault J, Cressard P, Leriche B, Mozar A, Rault J, et al. Linformation du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun [Internet]. Paris: Ordre National des Médecins; 2012 Sep [cited 2016 Sep 13] p. 76. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Linformation_du_patient__CNP_2012.pdf

22. Cour de Cassation, Chambre Civile. Arrêt Mercier de 1936 [Internet]. Mai, 1936. Available from: http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/

23. Code de Nuremberg, 1947.

24. Crowhurst B, Dobson KS. Informed consent: Legal issues and applications to clinical practice. Can Psychol Can. 1993;34(3):329–46.

25. Mantz J. Paternalisme du médecin ou autonomie du patient. In: Ethique et Thérapeutique : Témoignages Européens. 2ème édition. Strasbourg: Presses Universitaires de Strasbourg; 1999. p. 532.

26. JO n° 54 du 5 mars 2002. Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 Mar 5, 2002. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

27. JO n° 182 du 7 Août 2004. Loi n° 2004-800 du 6 Août 2004 relative à la bioéthique [Internet]. 2004-800 Août, 2004. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

28. JO n° 190 du 17 Août 2004. Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 Août, 2004. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

29. JO n° 95 du 23 Avril 2005. Loi n° 2005-370 du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Avril, 2005. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

30. Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé. Refus de traitement et autonomie de la personne. 2005 Avril. Report No.: avis n°87.

31. Association Médicale Mondiale. Déclaration sur les droits du patient. Lisbonne: Association

Médicale Mondiale; 1981.

32. Association Médicale Mondiale. Déclaration sur les droits du patient 1995. Bali: Association Médicale Mondiale; 1995.

33. Association Médicale Mondiale. Déclaration sur les droits du patient 2005. Santiago du Chili: Association Médicale Mondiale; 2005 Oct.

34. Association Médicale Mondiale. Déclaration sur les droits du patient 2015. Oslo: Association Médicale Mondiale; 2015.

35. Evin C. Loi n° 88-1138 du 20 Décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. [Internet]. 88-1138 Décembre, 1988. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr/

36. Douste-Blazy P. Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. 94-653.

37. Pellerin D. A propos du rapport CORDIER : Ethique et Professions de santé. Médecine et humanisme. Bull Académie Natl Médecine. 2004;188(3):539–45.

38. Fainzang S. La communication d'informations dans la relation médecins-malades. Quest Commun. 2009 Jul 1;(15):279–95.

39. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. 2004 May;5(2):110–26.

40. Boucher G, Cayer S, St-Hilaire S. L'apprentissage de la relation médecin-patient. La supervision directe du R II dans une unité de médecine familiale. Can Fam Physician. 1993 Sep;39:2006–12.

41. Lussier M-T, Richard C. En l'absence de panacée universelle. Can Fam Physician. 2008 Aug;54(8):1096–9.

42. La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la défense et la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Avril, 2016. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/

43. 11-07 Un humanisme médical pour notre temps | Académie nationale de médecine [Internet]. [cited 2016 Aug 30]. Available from: http://www.academie-medecine.fr/publication100036355/

44. psychiatrie-polycopie-relation-medecin-malade.pdf [Internet]. [cited 2016 Sep 25]. Available from: http://www.fascicules.fr/data/consulter/psychiatrie-polycopie-relation-medecin-malade.pdf

45. laura.hot. Offre de formation du département de médecine [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 20]. Available from: http://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/ufr-sante/offre-de-formation/medecine.html

46. von Lengerke T, Kursch A, Lange K, APG-Lehrteam MHH. The communication skills course for second year medical students at Hannover Medical School: An evaluation study

based on students' self-assessments. GMS Z Med Ausbild. 2011;28(4):Doc54.

47. Structure du programme et cheminement de l'étudiant - Faculté de médecine - Université de Montréal [Internet]. Faculté de médecine. [cited 2016 Dec 6]. Available from: http://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/notre-programme/structure-du-programme-et-cheminement-de-letudiant/

48. Montréal U de. Doctorat de 1er cycle en médecine - Université de Montréal [Internet]. [cited 2016 Nov 21]. Available from: https://admission.umontreal.ca/programmes/doctorat-de-1supersup-cycle-en-medecine/structure-du-programme/

49. Conseil de l'Ordre. Jeudi de l'Ordre Ethique de l'information médicale [Internet]. 2007 [cited 2016 Oct 7]; Paris. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ethiquedelinformation.pdf

50. Llorca G. La communicatiin médicale. Ellipses; 1994. 159 p.

51. Queneau P, Mascret D. Le malade n'est pas un numéro. Odile Jacob; 2004. 357 p.

52. De Crecy H. La consultation. Paris: Arturo Mio et entre Chien et Loup; 2004.

53. Wolton D. Il faut sauver la communication. Paris: Flammarion; 2005.

54. Shea S. La conduite de l'entretien psychiatrique. Elsevier Masson; 2007.

55. Bellivier. Jeux de rôle [Internet]. Mémoire presented at; 2005 [cited 2016 Sep 13]. Available from: http://www.edu.upmc.fr/medecine/pedagogie/memoire/Bellivier_2005.pdf

56. Mucchielli R. Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. ESF. Paris: Entreprise moderne d'Edition;

57. Guimon J. Identity crisis and training of psychiatrists. Schweiz Arch FÜr Neurol Psychiatr Zurich Switz 1985. 1995;(3):146.

58. Pham-Dinh Loux C. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie : éléments de littérature et étude expérimentale de la simulation d'un entretien psychiatrique d'urgence [Internet]. Nancy; 2015. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_PHAM_DINH_LOUX_CAROLINE.pdf

59. Chamberland G, Provost G. Jeu, Simulation et Jeu de Rôle. PUQ; 1996.

60. Kasbi Y. Les Serious Games. Primento. 2013;

61. Curtis MT, DiazGranados D, Feldman M. Judicious use of simulation technology in continuing medical education. J Contin Educ Health Prof. 2012;32(4):255–60.

62. Pham-Dinh Loux C, Laprevote V, Braun M, Kabuth B, Schwan R, Ligier F. Utilisation de la simulation médicale en psychiatrie. 2014.

63. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect. 2005 Apr;26(2):96–103.

64. Bonnaud A, Power P, Barrier JH, Dabouis G, Planchon B, Mouzard A. Évaluation d'un

enseignement concernant la relation médecin-patient auprès des étudiants de deuxième et troisième années des études médicales à la faculté de médecine de Nantes. Pédagogie Médicale. 2004;5(3):159–66.

65. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. Med Educ. 2011 Dec;45(12):1181–9.

66. Lussier M, Millette B, Richard C, Firket P, Fostier P, Sommer J. Groupe de travail sur l'enseignement de la communication professionnelle médecin-patient. Pédagogie Médicale [Internet]. 2007 [cited 2016 Dec 26];8(2). Available from: http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2007/02/pmed-direct.pdf

67. Carvalho IP, Pais VG, Silva FR, Martins R, Figueiredo-Braga M, Pedrosa R, et al. Teaching communication skills in clinical settings: comparing two applications of a comprehensive program with standardized and real patients. BMC Med Educ. 2014 May 9;14:92.

68. Balez R, Berthou C. Un entraînement de groupe systématique à l'annonce du cancer dans le cursus des études médicales; analyse qualitative d'un retour d'expérience. Psycho-Oncol. 2013 Dec 1;7(4):250–7.

69. Vlamynck G. Pertinence d'un Quotient de Capacité Diagnostique lors d'une simulation d'entretien psychiatrique portant sur l'usage problématique du cannabis chez l'adolescent [Internet]. [Nancy]: Nancy; 2015 [cited 2016 Dec 26]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_VLAMYNCK_GUILLAUME.pdf

70. Ariot C, Boguet C. construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale [Internet]. [Grenoble]: Grenoble; 2015 [cited 2016 Dec 7]. Available from: http://www.sfmg.org/data/generateur/generateur_fiche/977/fichier_echelle_evaluation_relation_med_patient5b1e3.pdf

71. Bourdy, Millette, Richard, Lussier. Guide Calgary Cambridge de l'entrevue médicale [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 9]. Available from: http://www.rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf

72. Bourdy C, Millette B, Richard C, Lussier M. Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale - les processus de communication. Les Éditions du Renouveaux Pédagogiques. Montréal: Richard C, Lussier MT; 2004.

Annexes

Annexe 1 : résultats de l'étude UEPP

	inutile	utile	très utile	indispensable
Intérêt UEPP dans le cursus médical (N = 18)			(6) 33,3%	(12) 66,7%
Intérêt de la simulation dans l'UEPP (N = 20)			(6) 30%	(14) 70%
Intérêt des jeux de rôle dans l'UEPP (N = 18)			(7) 38,9%	(11) 61,1%
Intérêt de la répétition de la même situation clinique (N=19)		(11) 57,89%	(8) 42,10%	

	aucun	un peu	beaucoup	énormément
Gain en communication ressenti par les étudiants (N = 20)		1 soit 5%	12 soit 60%	7 soit 35%
Modification du comportement en stage après l'UEPP (N = 20)		5 soit 25%	13 soit 65%	2 soit 10%

	aucun	un peu	très intéressant	indispensable
Intérêt des thèmes abordées (N=20)	0	1	13	6
Cours oméga (N=18)	0	1	6	11
Annonce mauvaise nouvelle (N=19)	0	1	6	12
Cours psychologie médicale (N=19)	0	2	10	7
Cours adolescents (N=19)	0	2	10	7

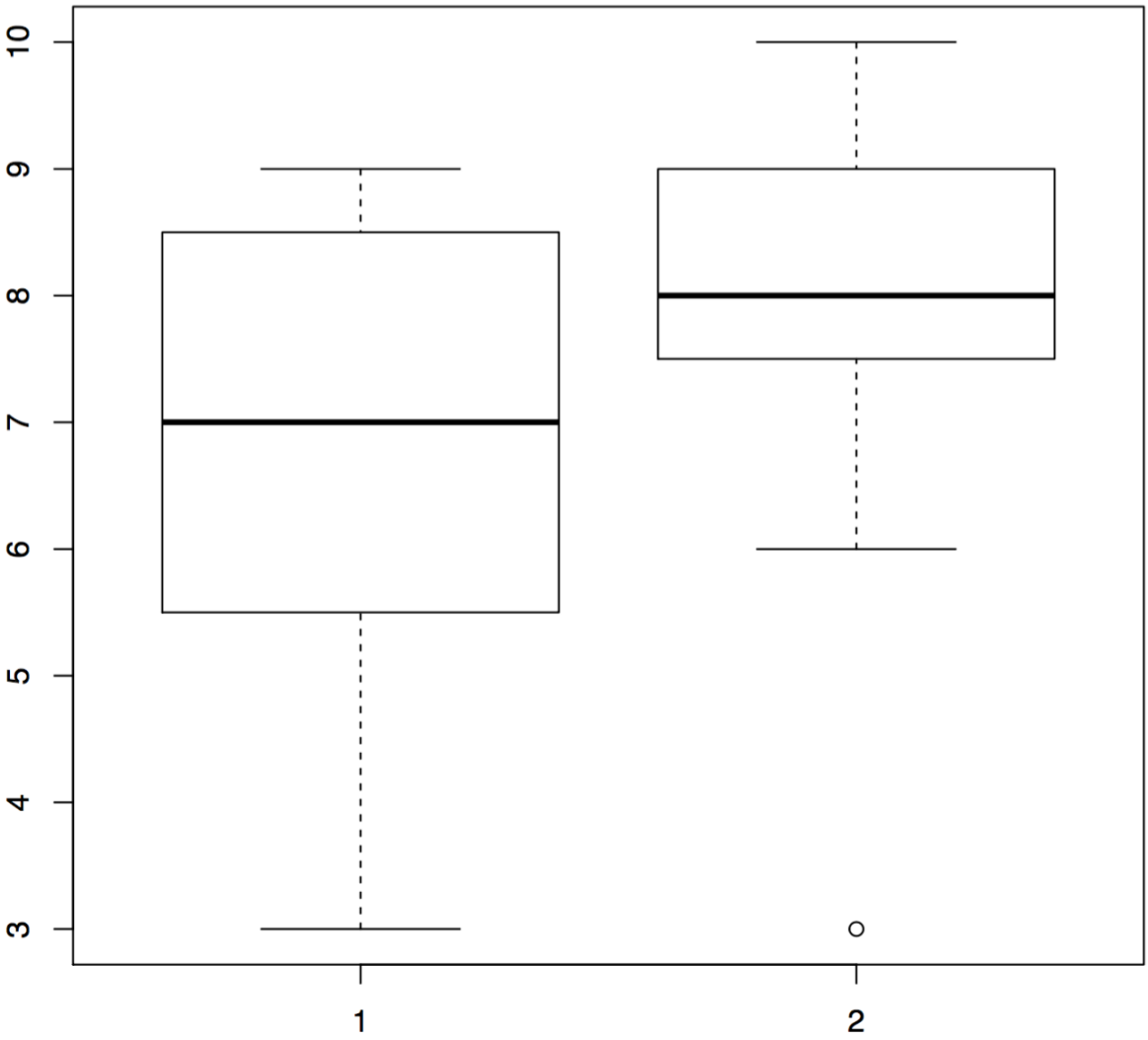
Annexe 1 (suite)

		Pas du tout	Un peu	Oui
Enseignement adapté à la pratique clinique	Session 1	0	0	20
	Session 2	0	0	19
Gêne liée aux caméras	Session 1	2	2	16
	Session 2	1	2	16
Difficulté de l'exercice	Session 1	2	11	6
	Session 2	3	14	2
Implication dans l'exercice	Session 1	0	1	18
	Session 2	0	0	19

	Plus difficile	identique	Moins difficile
Difficulté en 2ème session	1	6	12

	Session 1	Session 2
Notation de l'UEPP	9 écart-type 1,26	9,37 écart-type 1,21

Annexe 2 : Empathie ressentie par les « patients-simulés » en simulation, valeurs médianes aux deux sessions de simulation



Annexe 3 : grille d'évaluation remise aux étudiants lors des sessions de simulation

Questionnaire étudiants / simulation

(cocher la bonne réponse)

Prénom : ……
Niveau d'études : …….

Avez-vous trouvé cet exercice difficile ? ☐ Oui
☐ Un peu
☐ Pas du tout

Vous êtes vous senti impliqué dans cet exercice ? ☐ Oui
☐ Un peu
☐ Pas du tout

Avez-vous l'impression d'avoir donné au patient tous les éléments dont il avait besoin pour prendre sa décision de rester ? Pas du ☐ Un ☐

☐ Quasiment ☐ Complètement

Quelle est selon vous la probabilité que votre patient reste pour attendre le TDM ?
Pas possible ☐ Peu Probable ☐

Probable ☐ Certain ☐

Vous pouvez nous laisser un commentaire libre en lien avec cet exercice et votre ressenti

Questionnaire étudiants / moyen pédagogique

(cocher la bonne réponse)

Niveau d'études : …….

Vous êtes vous senti gêné par les caméras ? ☐ Oui ☐ Un peu ☐ Pas du tout

Avez-vous trouvé la situation réaliste? ☐ Oui ☐ Un peu ☐ Pas du tout

Pensez-vous que la situation clinique était adaptée à votre future pratique clinique ?

☐ Oui ☐ Un peu ☐ Pas du tout

Pensez-vous que « le débriefing » vous a amené quelque chose en plus en termes de connaissances (qu'elles soient pratiques ou théoriques) ?

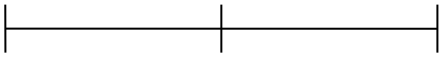
☐ Oui ☐ Non

Pour quel public pensez-vous que cet outil soit le plus adapté? (donner un ordre croissant de 1 à 5)

Les internes : …..
Les assistants :…..
Les étudiants en FGSM : …..
Les étudiants en FASM :
Les praticiens hospitaliers : ….
Les infirmiers :.....

Comment évalueriez-vous ce dispositif en tant qu'outil pédagogique ? (mettre une croix)

Pas intéressant intéressant très intéressant



Vous pouvez nous laisser un commentaire libre en lien avec cet outil pédagogique, d'éventuelles propositions de thématiques à aborder par cet intermédiaire… (même au dos de la feuille si besoin)

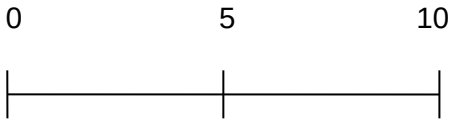
Annexe 4 : grille d'évaluation remise aux acteurs lors des sessions de simulation

Questionnaire pour l'acteur et chaque étudiant

(cocher la bonne réponse)

Prénom de l'étudiant : …….

Comment évalues-tu le degré d'empathie du médecin que tu viens de rencontrer ? (mettre une croix)



Te sentais-tu, en fin d'entretien, prêt à suivre la proposition du médecin (attendre pour passer le scanner) ?

☐ Oui
☐ Un peu
☐ Pas du tout

Annexe 5 : grille d'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale (Ariot et Boguet, 2015)

Grille d'évaluation de la relation médecin - patient en consultation de médecine générale

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnait les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

© Clémentine Ariot, Clément Boguet, Serge Bouhana. 2015

Annexe 6 : entrevue médicale selon le guide Calgary-Cambridge

Débuter l'entrevue	
Prépare la rencontre	
Etablit le premier contact	Critère 2
Identifie la (les) raison(s) de la consultation	Critère 4
Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir	
La perspective biomédicale	Critère 4
La perspective du patient	Critères 3, 7
Les informations de bases et le contexte	Critère 4
Expliquer et planifier	
Fournit la quantité et le type adéquat d'information	Critère 9
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations	Critère 11
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective	Critère 12
Planifie une prise de décision partagée	Critère 13
Construire la relation	
Utilise un comportement non verbal approprié	
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse	Critère 1
Associe le patient à la démarche	Critère 14
Structurer l'entretien	
Rend explicite son organisation	Critère 10
Prête attention au déroulement de l'entrevue	
Terminer l'entrevue	
Planifie les prochaines étapes	
Prépare la fin de l'entrevue	

Annexe 7 : grille de Luc Côté

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

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

Annexe 8 : grille de Rochester

Rochester Communication Rating Scale, 2002 version – Competency I: Effective Communication

(For obtaining patient feedback. To be completed by patients or standardized patients)

I felt the student:

1.	Took interest in even my smallest problems and concerns.	(3605)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
2.	Body language and tone of voice communicated caring and concern.	(3606)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
3.	Made me feel I could tell him/her anything, even something personal.	(3607)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
4.	Did not seem distracted.	(3608)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
5.	Attended to my physical comfort during interview and physical exam (ie: offered tissue; pulled out leg rest; warmed hands, stethoscope, assisted me with difficult movements…).	(3609)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
6.	Greeted me warmly.	(3610)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
7.	Let me explain my problem without interruption.	(3611)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
8.	Asked about all of my concerns early in the interview (usually by asking 'anything else").	(3612)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
9.	First asked about my general concerns, then asked about specific details.	(3613)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
10.	Allowed me to tell my story in my own words.	(3614)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
11.	Summed up and made sure they understood what I said (without putting words in my mouth).	(3615)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
12.	Tried to understand how I see my illness or problem. ("What do you think is going on?" "What worries you the most?" "What were you hoping we would do next?")	(3616)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
13.	Asked how the illness affects my life at home or at work.	(3617)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
14.	Made an effort to understand my feelings and emotions.	(3619)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
15.	Clearly explained my problem and its treatment using language that I could understand.	(3620)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
16.	Asked me if I had any questions.	(3621)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
17.	Encouraged me to participate in treatment decisions to the extent I wished.	(3622)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	
18.	Checked to see if I was willing and able to follow through with the treatment plan.	(3623)
	Strongly Disagree Disagree Slightly Agree Slightly Agree Strongly Agree NA	

RESUME DE LA THESE

La relation qui s'établit entre un soignant et un patient est un élément fondamental de la prise en charge thérapeutique. Elle conditionne à la fois l'efficacité des soins et l'état psychique du patient ainsi que du soignant. Cette relation de soins a évolué au fil du temps, du paternalisme à un aspect plus partenarial, notamment depuis la reconnaissance des droits des patients. Cependant, cette relation reste problématique, principalement par un manque de communication efficace. La France à la différence d'autres pays ne fait pas des compétences relationnelles une partie importante de l'enseignement aux étudiants de médecine. Cette thèse propose une étude faite chez des étudiants en médecine, lors d'un enseignement de psychologie médicale utilisant la simulation en santé et le jeu de rôles. Les résultats sont probants en terme de satisfaction et de gain de compétences relationnelles et incitent à renforcer les études en ce domaine et la formation des étudiants en psychologie médicale.

TITRE EN ANGLAIS :

Training of medical students to psychology ... an experience using medical simulation in Nancy

THESE DE PSYCHIATRIE : ANNEE 2017

MOTS-CLES : relation soignant-soigné, psychologie médicale, formation, étudiant, simulation médicale, communication

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex